

Robert Sousa
Teixeira

Relatório de Trabalho de Projeto

Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Orientadora Lurdes Martins

Maio, 2015

Departamento de Enfermagem
3º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA
Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica I

Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Autor:

Robert Sousa Teixeira
Nº 130519033

Docente Orientadora:

Professora Doutora Lurdes Martins

Orientadora de Estágio:

Enfermeira Especialista Médico-Cirúrgica Isabel Nascimento

Setúbal, Maio 2015
Ano Lectivo 2014/2015

Agradecimentos

A realização deste trabalho foi de extrema importância para o meu enriquecimento, tanto a nível profissional como a nível pessoal. Ao longo do tempo, várias foram as pessoas que me acompanharam e contribuíram para a concretização do mesmo. A todos os meus sinceros agradecimentos, pois não teria sido possível sem o seu apoio.

Por isso, agradeço em primeiro lugar à minha esposa, pela paciência, compreensão e força que me deu ao longo desta etapa. Obrigado por me dares mais vida e alegria aos meus dias e por estares sempre ao meu lado.

À minha mãe que lutou comigo, pelo incentivo e apoio incondicional prestado; a quem devo toda a minha conquista. Muito obrigado pelos teus ensinamentos e me mostrares o caminho para eu superar os limites da vida. Sem ti esta jornada seria mais difícil.

Agradeço à Professora Orientadora Lurdes Martins, pelo seu incentivo, disponibilidade, orientação e valiosas sugestões.

À Equipa do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular de um Hospital da Margem Sul, agradeço o acolhimento e parabéns pelo trabalho que desenvolvem.

Aos doentes e famílias que por mim passaram, saibam que deixaram muito de vós, contribuindo de certa forma para que eu hoje seja uma pessoa e profissional melhor.

Por último, mas não menos importante, a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que este projeto se tornasse realidade. Sem vós não seria possível concretizar mais uma Etapa.

A todos o meu BEM-HAJA.

Índice

Introdução	7
1. Enquadramento concetual.....	9
1.1. Teoria da Transição de Meleis	9
1.2. O recobro	13
2. Projeto de Intervenção em Serviço	22
2.1. Diagnóstico da situação	22
2.2. Caracterização do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular	24
2.3. Análise do problema	25
2.5. Análise de SWOT	28
2.5. Resultados das entrevistas	29
2.6. Planeamento e execução	30
2.6.1 Objetivos	30
2.7. Princípios éticos	36
3. Projeto de Aprendizagem Clínica.....	38
3.1. Projeto de Aprendizagem Clínica/Competências	38
4. Reflexão.....	46
4.1. Enfermeiro especialista	46
4.2. Competências de Mestre Enfermeiro	51
5. Considerações finais	59
Referência bibliográficas	64
Anexos	67
Anexo I – Guião da entrevista semiestruturada	
Anexo II – Protocolo de critérios admissão e alta dos doentes no recobro	
Anexo III – Formação em Serviço - Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?	
Anexo IV – Cronograma das atividades	
Anexo V – Artigo Científico – Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?	

Índice de tabelas

Tabela 1: Três fases do recobro anestésico.....	20
Tabela 2: Objetivos específicos relativos à elaboração do protocolo com critérios de admissão e alta de doentes do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular num Hospital da Margem Sul	32
Tabela 3: Objetivos específicos relativos à elaboração do Elaborar do documento de registos de enfermagem relativamente a permanecia dos doentes no recobro, utilizando o protocolo com critérios de admissão e alta de doentes do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular.....	33
Tabela 4: Objetivos específicos relativos à implementação do Protocolo com critérios de admissão e alta de doentes do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular num Hospital da Margem Sul e documento de registos de enfermagem relativamente a permanecia dos doentes no recobro	34

Resumo

Este relatório de trabalho de projeto contém, tendo por base as competências do enfermeiro especialista em EMC e de mestre em enfermagem, um Projeto de Intervenção em Serviço subordinado ao tema: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível? O mesmo surgiu pelo facto de exercermos no Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular de um Hospital da Margem Sul, onde se verifica a inexistência de critérios estabelecidos de entrada e saída dos doentes do recobro e da sistematização de cuidados, sendo que o próprio recobro não é visto como uma unidade de cuidados pós-cirúrgicos diferenciada, mas como uma extensão da "enfermaria".

Para o diagnóstico da situação, realizámos uma análise SWOT dos critérios existentes de entrada e de saída dos doentes do recobro. Recorreu-se à escala modificada de Aldrete, utilizada para a alta do doente nas unidades de cuidados pós-anestésicos, e à Escala de Etxebarria, utilizada no transporte de doente crítico.

As principais conclusões a que chegamos prendem-se com a constatação de que a existência de um Protocolo com critérios de admissão e alta de doentes do recobro proporcionam a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes no recobro de um Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular, num Hospital da Margem Sul.

Palavras-chave:

Recobro; doentes; Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular; critérios; admissão; alta; metodologia de trabalho de projeto.

Abstract

This report contains, based on the master's skills, one Intervention Project in service the subject of the admission of action Protocol and high of patients in a surgical recovery room: Precious or dispensable? The same came in that we exercise in the Urology Service / Vascular Surgery

Hospital in Region of Lisbon of the South Rim, where he observed a lack of established criteria for entry and exit of patients in the recovery room and the systematization of care, and the recovery room itself is not seen as a unit of differentiated post-surgical care, but as an extension of "nursery".

To assess the situation, we conducted a SWOT analysis of the existing criteria for entry and exit from the recovery room patients. Resorted to scale modified Aldrete, used for high patient in the post-anesthesia care units, and Etxebarria Scale, used in the transport of critically ill patients.

The main conclusions reached relate to the finding that the existence of a Protocol to the criteria for entry and recovery room of patients output are based on improving the quality of care provided to patients in the recovery room of a Urology / Surgery Service Vascular, a Hospital of the South Rim.

Keywords:

Recovery room; patients; Urology Service / Vascular Surgery; criteria; admission; discharge; project work methodology.

Introdução

No âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), no ano letivo de 2014/2015, surge, como requisito académico, a realização de um Relatório de Trabalho de Projeto, cuja finalidade é demonstrar estratégias definidas e alcançadas para a obtenção de competências enquanto enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem.

Como tal, a nossa escolha recaiu sobre o tema “Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?”, o que se deve ao facto de se exercer no Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular de um Hospital da Margem Sul, onde se verifica a inexistência de critérios estabelecidos de admissão e alta dos doentes do recobro e da sistematização de cuidados, sendo que o próprio recobro não é visto como uma unidade de cuidados pós-cirúrgicos diferenciada, mas sim como uma extensão da "enfermaria".

Importa também referir-se o facto de ser consensual, por parte dos enfermeiros que trabalham no Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular do referido Hospital e da própria Enfermeira Chefe, a necessidade de existência um protocolo com critérios estabelecidos de admissão e alta dos doentes do recobro com intuito de auxiliar e sistematizar os cuidados dos enfermeiros no momento da triagem dos doentes a necessitarem de recobro, ou seja, promover-se uma boa gestão do recobro; garantir cuidados mais seguros; facilitar aos enfermeiros menos experientes uma melhor realização da triagem dos doentes para o recobro; proporem-se critérios de atuação, de modo a evitar atrasos na alta dos doentes do recobro e diminuir, inclusive, o stresse e ansiedade dos doentes e seus familiares e/ou pessoa significativa.

A finalidade deste relatório é apresentar uma reflexão crítica de um espaço de aprendizagem que levou ao desenvolvimento de competências especializadas a vários níveis, evidenciando-se a avaliação, o planeamento e a investigação, fatores estes processuais e associados à Enfermagem Médico-Cirúrgica pretenderam

facilitar o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho. Assim sendo os seus objetivos são:

- Apresentar o Projeto de Intervenção em Serviço desenvolvido;
- Refletir e analisar as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica;
- Refletir e analisar as competências do Mestre em Enfermagem.

Especificamente, o objetivo geral deste Relatório de Trabalho de Projeto consistiu em melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes no recobro de um Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular, num Hospital da Margem Sul. Mais especificamente, elaborar o protocolo, com critérios de admissão e alta de doentes do recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular; e elaborar o documento de registos de enfermagem relativamente aos critérios de admissão e alta do recobro, utilizando o protocolo e as suas respetivas escalas do referido Serviço.

É neste contexto que surge o presente trabalho e o mesmo está dividido em capítulos, conforme se indica. Assim, começa-se por apresentar o enquadramento concetual, onde consta a teoria da transição de Meleis, seguindo-se uma abordagem sobre o recobro. O segundo capítulo refere-se ao Projeto de Intervenção em Serviço, onde se expõem todos os processos inerentes à sua realização. O terceiro capítulo é dedicado ao Projeto de Aprendizagem Clínica. No quarto capítulo faz-se uma reflexão, incidindo nas competências do enfermeiro especialista e nas competências de Mestre em Enfermagem. Por fim, termina-se com as considerações finais.

Este relatório foi elaborado de acordo com a Norma Portuguesa NP 405 e redigido em conformidade com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. Enquadramento concetual

1.1. Teoria da Transição de Meleis

Partindo-se do tema central deste Relatório de Trabalho de Projeto, considera-se que o modelo teórico mais ajustado ao mesmo é o da Teoria da Transição de Meleis, para quem a transição remete para a mudança significativa na condição de saúde, através da alteração de processos, papéis ou estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a alteração de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social. Devido à sua natureza, as transições podem ser desenvolvimentais, situacionais ou de saúde/doença (Meleis, 1997).

Meleis e Trangenstein (1994) sublinham que a enfermagem se relaciona com o processo e com as experiências humanas de transição, no qual a saúde e o bem-estar podem ser considerados resultados da intervenção. Como tal, os enfermeiros assumem um papel ativo no que se refere às transições, na medida em que são os profissionais de saúde que têm mais contacto com as pessoas no seu processo de transição de saúde/doença ou vice-versa, assumindo-se como uma fonte de suporte, o que implica uma visão holística da pessoa (Meleis, 2010).

A pessoa doente é um ser humano com necessidades humanas básicas, que se encontra em permanente interação com o meio mas que, devido à doença ou outros fatores de vulnerabilidade, pode entrar em desequilíbrio com o meio que o cerca (Meleis, 1997), segundo padrões de resposta de contornos individuais. O desequilíbrio pode traduzir-se numa limitação das atividades de vida, aumento de dependência e diminuição da capacidade de se autocuidar.

Em conformidade com Meleis (1997), a transição remete para uma alteração no estado de saúde, nos papéis desempenhados socialmente, nas expectativas de vida, nas habilidades socioculturais ou, inclusive, na capacidade de gerir as respostas humanas: a transição requer que o ser humano interiorize um novo

conhecimento, suscetível de alterar o comportamento e, conseqüentemente, alterar a definição de si no contexto social.

Meleis e Trangenstein (1994) apresentam um conceito de transição que remete para o conceito de “transição ecológica”, sustentando-se em Bronfenbrenner (1979), segundo o qual, uma transição ecológica acontece sempre que a posição ou situação da pessoa no meio ambiente ecológico (tempo, espaço) é alterada em resultado de uma mudança de papel, ambiente ou de ambos. O modelo explora os tipos de transição, condições e resultados esperados da intervenção profissional, tendo em atenção que esta pode promover ou inibir mudanças no estado de saúde.

A transição é, fundamentalmente, um processo que acompanha a mudança de um estado de saúde para outro, não implicando necessariamente situações de doença. Enquanto processo, possui um potencial de repercussões nas esferas motora, cognitiva e afetiva da pessoa e pode projetar-se na capacidade de autocuidado (Meleis, 1997).

Segundo Meleis (2010), o enfoque da prática de enfermagem é a pessoa. Neste contexto, define o cliente de enfermagem como um ser humano em interação constante com o ambiente. Para a teórica, o domínio da transição abarca processos de mudança que requerem ajustamento ou adaptação. Ao experimentar novos conhecimentos ou vivenciar novas situações, existe um potencial de desajustamento, cabendo à enfermagem promover um ajustamento ou adaptação à nova situação ou estado.

As intervenções de enfermagem constituem o suporte de todo o processo de enfermagem, incluindo atividades que se encontrem num *continuum*, dependendo das capacidades e competências do utente, desde supervisão e/ou ensino a atividades que pretendem substituir o próprio utente, dadas as incapacidades que pode manifestar (Meleis, 2010). As ações de enfermagem têm por objetivo capacitar melhor as pessoas para o meio e poder agir sobre elas.

De acordo com Meleis e Trangenstein (1994), quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais à pessoa/família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas comportam para as suas

vidas e os prepararem para melhor lidarem com essas transições através da aprendizagem e da aquisição de novas competências. Neste contexto de cuidados, o domínio da enfermagem tem implícitos os conceitos de transição, interação e intervenções terapêuticas.

Meleis e Trangenstein (1994) consideram que o papel mais relevante do enfermeiro é o de assistir utentes em processos de transição. Assim, a enfermagem tem como objetivo central facilitar os processos de transição, no sentido de se alcançar um estado de bem-estar. Neste sentido, os enfermeiros preparam a pessoa para a vivência das transições e “são quem facilitam o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências de saúde/doença” (Meleis et al., 2000, p.13).

Deste modo, de acordo com os mesmos autores, os enfermeiros cuidam de pessoas que experienciam transições, antecipam transições ou completam o ato de transição. Em enfermagem, os seres humanos são definidos como seres ativos que possuem perceções e atribuem significados à saúde e à doença. Estas representações e atitudes são influenciadas pelo meio sociocultural onde ocorre a transição.

Neste sentido, para se perceberem estas representações e significados de forma consistente, torna-se imprescindível ter acesso aos contextos pessoais e ambientais que rodeiam a pessoa e que condicionam as transições e o sentido das mesmas (Meleis, 1997).

Assim sendo, os enfermeiros assumem o papel de operacionalizar a teoria de médio alcance de Meleis à vivência de uma transição saúde/doença e doença/saúde. A teoria de médio alcance de Meleis consiste numa teoria que redonda da análise de estudos de caso e, como tal, acessível aos enfermeiros. Esta teoria possibilita uma visão mais congruente e integradora à própria pessoa e uma antecipação do diagnóstico, sendo imprescindível um enfoque mais sensato e sistemático (Meleis, 2010).

No que se refere às mudanças, estas remetem para a dimensão referida por Meleis et al. (2000): *mudança e diferença*. A transição abarca uma mudança,

enquanto o contrário não se verifica. Esta tese foi igualmente explorada por Meleis e Trangenstein (1994) que mencionam que, contrariamente à mudança, as transições assumem-se como processos que sucedem ao longo do tempo, agregando as dimensões de fluxo e movimento.

Na opinião de Meleis et al. (2000), para se apreender a propriedade de mudança intrínseca à transição, é basilar entender-se os significados que a pessoa lhe atribui, os quais podem ser obtidos através da explicitação de algumas das suas dimensões, tais como: a natureza, a temporalidade, a percepção da importância ou severidade, expectativas pessoais, familiares e sociais.

Por outro lado, e em conformidade com Meleis e Trangenstein (1994), no processo da transição, as pessoas experimentam mudanças no seu novo mundo interno e externo, bem como na maneira de perceberem o mundo. Em determinadas situações, as pessoas podem experimentar transições múltiplas. Assim, as transições podem ser categorizadas em desenvolvimentais, situacionais ou de saúde/doença. Se existem transições desagradáveis e que manifestam sentimentos de perda, outras existem que são bem-vindas e agradáveis.

As mudanças experienciadas pelas pessoas podem ser resultado de acontecimentos críticos que, na ótica de Meleis et al. (2000), se constituem como uma outra das propriedades da experiência de transição. Neste âmbito, os mesmos autores salientam que a maioria das transições associa-se a eventos marcantes na vida das pessoas, estando estes, maioritariamente, relacionados com uma consciencialização das mudanças e diferenças ou, por outro lado, a um maior nível de ajustamento para lidar com a experiência de transição.

Esta teoria tem o potencial que faculta aos enfermeiros um quadro de referências consistente capaz de ajudar a identificar estratégias e intervenções de enfermagem especializadas dirigidas à pessoa em transição, no caso específico doente no recobro e a sua família. Desta forma, evidencia-se a intencionalidade na articulação destes conceitos teóricos com a sua aplicação prática, procurando a produção de conhecimento, no sentido de contribuir para uma melhoria das práticas de cuidados a esses doentes.

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

1.2. O recobro

O recobro de um doente denomina-se como o período que começa no fim de uma cirurgia até à recuperação do estado fisiológico pré-operatório do doente (Marshall & Chung, 1999). Os doentes passam a ser transferidos do bloco operatório para um local com meios técnicos necessários de modo a promover uma monitorização *standard*, um controlo das náuseas e vômitos e uma vigilância de complicações pós-operatórias.

O recobro consiste numa unidade dotada de instalações, pessoal e equipamento que assegure os cuidados imediatos ao doente cirúrgico. Por conseguinte, o período de recobro pós-anestésico consiste no intervalo de tempo que se segue imediatamente a um ato terapêutico e/ou diagnóstico efetuado sob anestesia geral, loco-regional ou sedação (Lages, Fonseca & Abelha, 2006).

Tradicionalmente, o recobro de um doente denominava-se como o período que começava no fim de uma cirurgia até à recuperação do estado fisiológico pré-operatório do doente (Marshall & Chung, 1999). Para se detetar precocemente incidentes relacionados com o ato anestésico ou cirúrgico, o anestesiolologista “saiu” do bloco operatório e passou a acompanhar o doente no pós-operatório, surgindo as unidades de cuidados pós-anestésicos (UCPA) (Lages, Fonseca & Abelha, 2006).

Este período é tido como crítico e de grande vulnerabilidade para o doente, na medida em que existem a conjugação dos riscos associados à cirurgia e à anestesia e a suscetibilidade para o aparecimento de complicações (Associação dos Enfermeiros das Salas Operatórias - AESOP, 2006). Na medida em que cerca de 50% dos acidentes anestésicos mais graves ocorrem na 1ª hora de recobro (AESOP, 2006), os cuidados de enfermagem no recobro, assumem particular relevância para responder positivamente aos desafios deste período.

Inicialmente, as unidades de recobro foram criadas para possibilitar a deteção e o tratamento precoce de possíveis complicações relacionadas com o ato anestésico ou cirúrgico. A visão estática e tradicional destas unidades, cujo objetivo único era tratar complicações anestésicas ou cirúrgicas, foi substituída, “surgindo a

necessidade de encarar estas unidades como elos de ligação dinâmicos entre a cirurgia e a alta hospitalar” (Lages, Fonseca & Abelha, 2006, p. 18).

Neste contexto, e em conformidade com os autores supracitados, levantam-se várias questões no sentido de uniformizar e melhorar a qualidade dos cuidados pós-anestésicos designadamente: Que espaço físico? Número de camas e ratio em enfermagem? Tipo de doentes a admitir? Tempo de permanência? Tipo de monitorização? Qualidade de cuidados anestésicos sala operatória/ UCPA? Critérios de alta? Estas questões equacionam os fatores relacionados com a organização, a monitorização e as possíveis intervenções efetuadas no recobro.

No que se refere aos critérios da não passagem dos doentes (*“fast-tracking”*) pelo recobro, poder-se-á dizer que os índices que determinam os requisitos para a não passagem do doente pela primeira fase do recobro utilizam os mesmos critérios de alta do recobro. Estes critérios, que são fundamentados na tabela original de Aldrete, avaliam a recuperação pós-anestésica mediante o estado de consciência e sinais vitais do doente (White & Song, 1999). A escala modificada de Aldrete é utilizada para a alta do doente nas UCPA’s, no entanto, não tem a funcionalidade de avaliar a capacidade do doente para ultrapassar a fase inicial do recobro. Deste modo, os critérios desenvolvidos por White acrescentam à escala modificada de Aldrete, a dor e o controlo das náuseas e vômitos, possibilitando objetivamente determinar quais são os doentes que reúnem os critérios de não passagem pela UCPA (Lages, Fonseca & Abelha, 2006).

Em 1970, com o intento de tornar objetiva a alta do doente, Aldrete propôs um índice para monitorizar os doentes no que se refere à possibilidade dos mesmos atingirem valores compatíveis com a alta. Estes critérios assentavam em 5 variáveis: atividade (capacidade de mover 4, 2 ou nenhuma extremidade), respiração (capacidade de inspirar profundamente e tossir, dispneia ou respiração superficial e apneia), circulação (pressão arterial variável apenas em 20% relativamente aos valores pré anestésicos, variável entre os 30-50%, ou superior a 50% relativamente ao pré operatório), consciência (totalmente acordado, despertável à chamada ou sem resposta) e a cor (normal, pálido, mosqueado ou cianosado). A cada uma

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

destas variáveis era atribuído um valor de 2, 1 ou 0 e a alta era atingida com o somatório ≥ 9 . Estes critérios eram baseados apenas nos possíveis efeitos residuais da anestesia ou complicações cirúrgicas que se traduziam nas alterações do estado hemodinâmico (Lages, Fonseca & Abelha, 2006).

Contudo com o advento de novas técnicas analgésicas, de fármacos de eliminação rápida, com a metabolização não dependente de órgãos, de novos dispositivos de ventilação, que não requerem que se recorra aos relaxantes neuromusculares, bem como o surgimento de sistemas de monitorização neurológica e neuromuscular, os critérios definidos por Aldrete foram alcançados com facilidade, ainda mesmo no bloco operatório (Lages, Fonseca & Abelha, 2006). Assim de acordo com os mesmos autores, depreende-se que existem parâmetros importantes e que devem ser tidos em consideração antes da alta do doente do recobro e que não estão abrangidos nos critérios propostos por Aldrete, designadamente, as náuseas e os vômitos, o controlo da dor e as complicações cirúrgicas. Importa ressaltar que os critérios de alta não devem abarcar a capacidade de tolerar líquidos ou micção espontânea, na medida em que as evidências de estudos, realizados na área, demonstram altas mais tardias sem benefício adicional, quando estas condições são esperadas.

Deste modo os critérios de admissão do recobro devem abranger:

- Anestesia
- Procedimento Cirúrgico
- Antecedentes Pessoais
- Acessos Periféricos
- Suporte Respiratório – Oxigenoterapia
- Frequência Cardíaca
- Frequência Respiratória
- Tensão Arterial
- Estado de Consciência

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

- Perda Sanguínea – Drenos (Volume drenado no BO)
- Perda Sanguínea - Ferida Cirúrgica (Reforço/Mudança de Pensos no BO/UCPA)
- Perda Sanguínea - Sistema Urogenital
- Suporte Farmacológico (à chegada ou realizado no BO/UCPA)

No que se refere aos critérios de alta dos doentes do recobro, contemplam-se os seguintes critérios:

- Nível de consciência
- Estabilidade hemodinâmica
- Estabilidade respiratória
- Saturação periférica
- Frequência Cardíaca
- Dor
- Perda Sanguínea – Ferida Cirúrgica
- Perda Sanguínea – Sistema Urogenital

Importa salientar que as náuseas e os vômitos são as complicações mais frequentes no pós-operatório e podem ocorrer em cerca de 20 a 30% dos doentes, atingindo em populações de risco 70%. Podem, em casos extremos, resultar em situações mais graves, nomeadamente deiscência de suturas, aspiração de vômito, pneumonia de aspiração, desidratação, desequilíbrios hidroeletrólíticos, rotura esofágica, aumento da pressão intracraniana e pneumotórax bilateral (Lages, Fonseca & Abelha, 2006). Ainda em conformidade com os mesmos autores, as náuseas e os vômitos podem assumir-se como a causa mais frequente de insatisfação dos doentes.

Acresce dizer que Song, Chung, Ronayne et al. (2004) foram os pioneiros no que se refere a prestar atenção a esse problema de uma forma objetiva, realizando um estudo prospetivo randomizado, colocando problemas ao nível dos custos e das complicações pós-operatórias. Deste modo, os mesmos autores levantaram a hipótese de que a não passagem dos doentes pela UCPA requer uma alta mais precoce e uma diminuição dos custos, com base na redução do trabalho de enfermagem. No seu estudo, que envolveu duzentos e sete doentes, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, submetidos a procedimentos cirúrgicos *minor* (artroscopia, histeroscopia e laparoscopia diagnóstica) com recurso a anestesia *standard*, foram formados dois grupos: um cujo recobro foi realizado na UCPA e outro grupo de não passagem pela UCPA. A não passagem pela primeira fase do recobro foi estabelecida pelos critérios de alta de White, cujos critérios adicionaram à escala modificada de Aldrete o controlo da dor e das náuseas e vómitos, sem que se incluíssem as complicações pós-cirúrgicas. No grupo de doentes que não passaram pela UCPA, os autores constataram uma alta mais precoce (em 17 minutos) sem evidência de mais complicações pós-operatórias, como a dor e as náuseas e vómitos, sem que se verificasse uma redução significativa do trabalho de enfermagem e, conseqüentemente, dos custos.

Song et al. (2004) verificaram também que a aplicabilidade dos critérios de não passagem pela UCPA subordina-se à cirurgia e à patologia associada que o doente apresenta, pelo que, doentes obesos e procedimentos cirúrgicos *major* foram excluídos. Os autores concluíram que a redução dos custos, com base na não passagem pela UCPA, depende do trabalho de enfermagem, da organização e estruturação do bloco operatório, da UCPA, designadamente do número de doentes que por ela passam diariamente.

Importa referir que a necessidade de se criarem unidades específicas para os doentes submetidos a algum procedimento anestésico e/ou cirúrgico teve a sua origem com Florence Nightingale, em 1859, de modo a que os doentes pudessem ser vigiados até recuperarem dos efeitos da anestesia (AESOP, 2006).

No ano de 1904, Gordon criou, no Hospital de Massachusetts, uma sala destinada aos doentes de cirurgia geral, onde se fazia uma lavagem corporal com o intuito de remover o éter utilizado como gás anestésico (AESOP, 2006). Em 1923, foi criada uma sala de recobro, com um neurocirurgião e enfermeira. Esta sala continha três camas de modo a fazer-se a vigilância dos doentes de neurocirurgia durante o período que antecedia a sua transferência para a enfermaria (AESOP, 2006).

Durante a Segunda Guerra Mundial assistiu-se a um significativo aumento do número de doentes que precisavam de cuidados especiais no pós-operatório, em decorrência do aumento de intervenções cirúrgicas agressivas em doentes graves, que exigiam cuidados pós-operatórios mais evoluídos. De acordo com a AESOP (2006), há dados estatísticos que demonstram que cerca de 50% das mortes no pós-operatório teriam sido evitadas caso tivesse existindo uma vigilância rigorosa.

Em 1951, Lowenthal e Russel, conforme relata Henriques (2011), comprovaram que era necessário a existência de unidades de recobro, tendo estabelecido os primeiros requisitos para o seu funcionamento:

- i) Recursos humanos competentes;
- ii) Equipamento capaz de dar resposta às necessidades;
- iii) Supervisão de anestesia;
- iv) Localização central e próxima do bloco operatório;
- v) Espaço físico adequado.

Mais tarde, na década de 70 do século XX, assistiu-se a um desenvolvimento das técnicas de monitorização invasiva, como, por exemplo, as linhas arteriais e a pressão da artéria pulmonar, bem como ao aparecimento de técnicas de ventilação assistida (AESOP, 2006).

Entre a década de 70 e de 80 do século XX, realizou-se uma investigação em França, cujos resultados demonstraram que os acidentes anestésicos eram os mais descritos no pós-operatório imediato, com cerca de 42%, ocorrendo na primeira hora de recobro, ou seja, havia 50% de probabilidade de ocorrer um acidente anestésico e 70% de probabilidade de ocorrência de depressão respiratória (AESOP, 2006).

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

Em 1980 deu-se o reconhecimento da especialidade de enfermagem pós-anestésica e surge a *American Society of Post Anesthesia Nurses* (ASPAN) (AESOP, 2006).

No que se refere aos cuidados de enfermagem no recobro, os mesmos devem partir de duas premissas, para que haja a manutenção da qualidade:

- i) Promoção da segurança,
- ii) Adoção de medidas de promoção do conforto e bem-estar do doente (Henriques, 2011).

Como tal, de acordo com o mesmo autor, a finalidade do recobro consiste na redução da mortalidade e morbidade dos doentes cirúrgicos e reduzir o tempo de hospitalização pós-cirurgia.

Os principais objetivos dos cuidados de enfermagem no recobro são, em conformidade com a AESOP (2006):

- i) Responder às necessidades do doente durante o período de permanência no recobro;
- ii) Propiciar uma avaliação crítica permanente do pós-operatório;
- iii) Antecipar e prevenir as possíveis complicações anestésicas e cirúrgicas;
- iv) Possibilitar a atuação imediata de alta competência em situação de complicações;
- v) Estabelecer um elo de ligação do bloco operatório e a família do doente, serviço de internamento ou domicílio.

Segundo Henriques (2011), o recobro anestésico pode ser dividido em três fases distintas, conforme se apresenta (Tabela 1).

Tabela 1: Três fases do recobro anestésico

Fase I			Fase II		Fase III		
Recobro imediato			Recobro intermédio		Recobro tardio		
Doente	cumpre	ordens	Doente recupera as funções cognitivas		Regresso	do estado	
simples					fisiológico	do doente	ao
					estado pré-operatório		
Doentes	sustem a	cabeça	Doente recupera as funções psicomotoras		Total	recuperação	das
durante 5 seg.					funções físicas e psíquicas.		
Doente consegue respirar fundo							
Doente consegue tossir eficazmente							

Fonte: adaptado de Henriques (2011)

O enfermeiro desenvolve os seus cuidados nos três níveis de prevenção “investindo toda a sua experiência e saber na prevenção de complicações anestésico-cirúrgicas, na deteção precoce e tratamento daquelas que não forem evitáveis e na preparação do doente para a reabilitação e recuperação do seu equilíbrio fisiológico e capacidades funcionais, de forma rápida e num ambiente de segurança e conforto” (AESOP, 2006, p. 160). Como tal, as suas funções iniciam-se antes da chegada dos doentes, sendo necessário planear os recursos necessários para os receber e preparar. Deste modo, o enfermeiro tem de preparar as unidades para acolher o doente (ventilador, monitor, aquecedor de soros, seringas perfusoras, funcionamento das rampas de oxigénio e vácuo, reposição de fármacos) (AESOP, 2006).

Por outro lado, importa referir que o funcionamento do recobro está relacionado com os seus recursos humanos, sendo necessário uma equipa multiprofissional, cuja intervenção se deve centrar no doente/família/pessoa significativa. Devendo igualmente ser dotada de competências próprias, na medida em que a qualquer momento pode ser necessário reorganizar o espaço, o pessoal e os equipamentos, em consonância com as exigências da situação. O período de permanência no recobro é dividido pela AESOP (2010) em Fase 1 e Fase 2,

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

podendo partilhar o mesmo espaço físico, variando a dotação de enfermeiros atendendo à especificidade dos cuidados em cada uma dessas fases.

Neste sentido, os diagnósticos de enfermagem estabelecidos no recobro referem-se nomeadamente à: vigilância, manutenção e/ou melhoria da função cárdio-circulatória; vigilância, manutenção e/ou melhoria da função renal e equilíbrio hidroeletrólítico; vigilância e deteção precoce de alterações ao nível do estado de consciência; avaliação, prevenção e tratamento da dor; promoção e manutenção do bem-estar físico, psicológico e espiritual do doente e família; vigilância, prevenção e/ou melhoria das alterações da função motora e da integridade de pele e mucosas, bem como da ocorrência de náuseas e/ou de vômitos. O plano de cuidados pode ser dinâmico em consonância com a resposta do doente e deve prever sempre a preparação do momento da alta do recobro (AESOP, 2006).

A monitorização e vigilância permanente dos doentes por enfermeiros treinados são condições fundamentais para o sucesso do pós-operatório e cuidados aos doentes cirúrgicos e estão disponíveis no recobro, permitindo libertar as camas e os recursos das Unidades de Cuidados Intensivos para os doentes críticos mais complexos com falência multiorgânica (Fox, Owen-Smith & Spiers, 1999).

A vigilância das funções renal e cardiovascular implica uma vigilância da diurese horária, pelo que a maioria dos doentes críticos no recobro se encontram algaliados, assim como a monitorização eletrocardiográfica com 3 elétrodo.

A nutrição do doente crítico, especificamente do doente cirúrgico crítico, tem como objetivo minimizar as repercussões da desnutrição como: disfunção do trato digestivo, (absorção) alterações imunológicas, disfunção da musculatura respiratória, dificuldade de cicatrização das feridas, aparecimento de úlceras de pressão, limitação do prognóstico e aumento do tempo de hospitalização.

2. Projeto de Intervenção em Serviço

O presente capítulo contém a apresentação do Projeto de Intervenção em Serviço intitulado de “Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?”, o qual se insere numa problemática clínica de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Com o mesmo, pretendemos ir ao encontro de várias operações explícitas que possibilitam produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real, de modo a podermos operar mudanças.

Tendo em conta que a sua finalidade é proporcionar um espaço de aprendizagem que conduza ao desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-cirúrgica, foi definida a realização de um Projeto de Intervenção no Serviço, no local onde decorreu o estágio, assumindo-se como um veículo de aquisição/desenvolvimento de aprendizagens clínicas que têm como referencial orientador as competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

2.1. Diagnóstico da situação

O diagnóstico de situação é uma das etapas mais importantes e complexas de qualquer projeto. Deste modo, passa-se a desenvolver a ideia-chave do problema, que contextualiza o projeto, através de uma progressão lógica de ideias, de argumentos e de fatos relativos ao que se deseja empreender.

Assim, o ponto de partida prendeu-se com o facto de se estagiar num Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular de um Hospital da Margem Sul, onde há um recobro com lotação de quatro camas, com todos os equipamentos, como, por exemplo, plenos recursos materiais, nomeadamente quatro monitores eletrocardiográficos, preparados para avaliar linha arterial, pressão venosa central, várias seringas e bombas infusoras, dois computadores à disposição dos profissionais de saúde, que

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

ao necessitar poderão utilizar no recobro, a presença do carro de emergência, uma arrecadação com os respetivos materiais que auxiliam nos cuidados diretos aos doentes, quatro rampas de oxigénio, quatro aspiradores de secreções e balas de oxigénio para na eventualidade de transportar o doente para outro serviço ou para a realização de exames complementares, nomeadamente exames como Tomografia Axial Computorizada, Ecografias, Ressonância Magnética Nuclear, entre outros. Não existem, no entanto, neste setor, critérios estabelecidos de admissão e alta dos doentes do recobro, nem sistematização de cuidados. Existe ainda outro aspeto, o facto de o recobro não ser visto como uma unidade de cuidados pós-cirúrgicos diferenciada, mas como uma extensão da "enfermaria", ou seja, estão atribuídos duas camas ao recobro, sendo que por vezes, são ocupados por doentes que não necessitam especificamente de permanecerem no recobro, mas sim por falta de vagas num quarto de enfermaria.

Tendo em conta tudo o apresentado, consideramos que existe aqui um problema/lacuna, pois de segunda-feira a sexta-feira, e esporadicamente aos sábados decorrem cirurgias programadas, de ambas as especialidades em simultâneo, sendo que poderá haver cirurgias de urgência a qualquer instância do dia, sendo necessário fazer uma triagem ("*fast-tracking*") rápida e eficaz para decidir quem fica no recobro e quem dá lugar a outro doente, mas sem obedecer a critérios definidos, ou seja, baseado apenas no cuidado empírico e na experiência do próprio, sem promover uma triagem sistematizada e segura.

O papel de um enfermeiro especialista, neste recobro, pode passar por orientar a equipa nos problemas mais complexos, quer na tomada de decisões, gestão, supervisão ou situações graves/crítico dos doentes. O enfermeiro especialista supervisiona o rigor na prestação de cuidados, pelo que pode propor a formação de acordo com as necessidades da equipa.

2.2. Caracterização do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular

O Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular está situado no quarto piso do Hospital, encontra-se em funcionamento desde março de 1993, estando englobado neste serviço a Unidade de Transplante Renal desde 1999 e parte do Serviço de Cirurgia Vascular, desde janeiro de 2011.

Este serviço tem como finalidade assistir a pessoa doente adulto do foro urológico da área de abrangência do hospital, bem como a pessoa doente que é submetido a transplante renal e muito recentemente assiste a pessoa doente homem do foro cirurgia vascular.

É um serviço fundamentalmente cirúrgico e tem:

- Um internamento que dispõe de 26 camas, três destas, estão atribuídas para transplante renal, e 12 destas atribuídas a pessoas doente do foro de cirurgia vascular;
- Uma sala de pós-operatório imediato com capacidade para 4 camas, com toda a tecnologia de monitorização;
- Uma sala de tratamentos cirúrgicos, ecografia e observação;
- Três gabinetes de consulta, que se encontram no átrio de entrada do serviço.

O serviço de urologia tem como missão proteger a saúde das pessoas doentes e profissionais em ambiente hospitalar; prestar cuidados de saúde do foro urológico; privilegiar a satisfação das pessoas doentes e dos profissionais, colaborar no ensino e na investigação científica.

Estes objetivos referem-se ao plano de ação do serviço em curso.

A equipa multidisciplinar do serviço é constituída por 18 enfermeiros, incluindo a enfermeira chefe do serviço, 8 médicos, incluindo o diretor do serviço e um médico interno da especialidade, 10 assistentes operacionais e 2 administrativas. Está sempre presente no serviço, uma equipa com o mínimo de 4 enfermeiros de 2^a a 6^a feira no turno da manhã, 3 enfermeiros no turno da tarde, e 2 enfermeiros no turno

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

da noite, sábados, domingos e feriados. Quanto aos assistentes operacionais, estão sempre presentes 3 no mínimo de 2ª a 6ª feira nos turnos da manhã, 2 no turno da tarde, sábados, domingos e feriados, no turno da noite apenas fica um assistente operacional no turno.

De 2ª a 6ª no período da manhã está todo o *staff* médico no serviço, fica um médico de urgência, até as 20 horas e a partir das 20 horas, aos fins-de-semana e feriados está de apoio ao serviço, o médico de urgência interna de cirurgia.

As administrativas cumprem horário de expediente fixo no período das manhãs.

Dos 18 enfermeiros do serviço, 10 pertencem ao quadro, 8 encontram-se em regime de contrato individual de trabalho. Sendo uma enfermeira chefe, 10 enfermeiros graduados e os restantes sete enfermeiros de cuidados gerais

São objetivos da equipa de enfermagem deste serviço, adequar os cuidados às necessidades da pessoa doente, uniformizando os mesmos cuidados; facilitar o desenvolvimento dos profissionais através da sua formação; promover o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem às pessoas doentes internadas no serviço e melhorar conhecimentos na qualidade no processo de planeamento da alta.

2.3. Análise do problema

Na fase inicial do projeto, para além da identificação da problemática, constituiu preocupação fazer uma estimativa do número de doentes que passaram pelo recobro. Assim, verificou-se que, desde o dia 1 de janeiro até 31 de março de 2014, realizaram-se múltiplas cirurgias, sendo estas distribuídas por quatro dias da semana, o que dá uma estimativa de 144 doentes que passaram pelo recobro, incluindo unicamente os doentes cirúrgicos. As patologias/cirurgias mais frequentes, que necessitam de recobro, devido à sua probabilidade maior de incidência de instabilidade hemodinâmica, são as da cirurgia vascular - isquemia crítica dos membros inferiores e superiores, estenose da carótida, aneurismas (aorta

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

abdominal, popliteais, femorais, etc.), trombozes dos respetivos *bypass* e aterosclerose das artérias nativas; ao nível da urologia, destacam-se a hipertrofia benigna da próstata e tumor da próstata/vesical/renal.

Realizámos igualmente uma entrevista exploratória à enfermeira chefe e à orientadora, as quais concordaram com o tema, considerando-o pertinente, uma vez que o facto de não existir um protocolo, nos coloca perante a possibilidade de ocorrerem problemas de natureza diversa:

- Falta de uniformização/sistematização na seleção de doentes para admissão no recobro (dificuldade na gestão do próprio recobro devido à sua lotação de quatro camas);
- Cuidados menos seguros, devido a seleção dos doentes a serem colocados no recobro ou na enfermaria, serem baseados em cuidados empíricos;
- Enfermeiros menos experientes ou recém-licenciados poderão ter dificuldade em realizar a triagem, uma vez que não se encontram definidos /padronizados os critérios de atuação;
- Atrasos na alta dos doentes do recobro, evidenciando ansiedade por parte dos mesmos;
- Atraso nos cuidados do Enfermeiro, quando este sente dificuldades ou dúvidas no momento de decidir se o doente necessita ou não de recobro e no momento da alta do mesmo do recobro.

Para se poder proceder à elaboração do protocolo para o recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular, recorreu-se, em primeiro lugar, a uma auscultação da opinião dos enfermeiros que aí exercem e dos próprios responsáveis pela gestão, recorrendo-se, para tal, a uma entrevista semiestruturada (cf. Anexo I), em contexto informal. De acordo com Cunha (2009, p.128), a entrevista é um instrumento fundamental “para a abordagem em profundidade do ser humano, quer pela compreensão rica que propícia, quer por ser um processo comum, tanto na observação direta intensiva, como na base da observação direta extensiva”. A mesma autora acrescenta que este é um instrumento de recolha de dados da metodologia qualitativa, que serve para se obter a informação verbal de um ou

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

vários participantes, resumindo-se a “uma conversação, uma relação verbal, entre dois indivíduos, o investigador e a pessoa a interrogar e abrange tanto interações verbais, como não-verbais” (Cunha, 2009, p.129).

Para o diagnóstico da situação, realizámos uma análise SWOT dos critérios existentes de admissão e de alta dos doentes do recobro. Recorreu-se também à escala modificada de Aldrete, que é utilizada para a alta do doente nas unidades de cuidados pós-anestésicos e a Escala de Etxebarria, utilizada no transporte de doente crítico, adaptado/modificado no contexto real do serviço.

2.5. Análise de SWOT

	Forças/Oportunidades	Fraquezas/Ameaças
Ambiente Interno	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos materiais presentes no recobro. - Melhores indicadores de acessibilidade, de qualidade e de boas práticas no desempenho dos profissionais de saúde. - Enfermeiros menos experientes/recém-licenciados poderão ter dificuldade em realizar a triagem - Níveis elevados de satisfação dos utentes/família. - Contribuir para a sistematização e qualidade de cuidados prestados aos doentes no recobro. - Aumento da autonomia para os Enfermeiros, possibilitando a redução do tempo médio do doente no recobro. - Melhor articulação com a equipa multidisciplinar. - Melhor gestão/triagem dos doentes a permanecerem no recobro e a saída dos mesmos do recobro. - Envolvimento de equipa de forma pró-ativa. - Facilidade na integração de novos enfermeiros na equipa de enfermagem do serviço Urologia/Cirurgia Vascular. - Disponibilidade de informação atualizada e em tempo útil. - Atualização de documentação de suporte. - Organização de documentação de suporte - Alargar/implementar o projeto em outros serviços cirúrgicos na Instituição Hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recobro não é visto pela Administração do hospital como uma unidade de cuidados pós-cirúrgicos diferenciada, mas como uma extensão da "enfermaria". - Inexistência de critérios de entrada e saída de doentes no recobro, a nível desta instituição hospitalar. - Inexistência de um instrumento de monitorização da quantidade de doentes que passam pelo recobro, e o tempo médio que lá permanecem. - Resistência à "novidade", alegando maior sobrecarga no preenchimento do documento de registo de enfermagem para a entrada e saída de doentes do recobro. - Sobrelotação do recobro/limitação das vagas. - Imposição por parte dos médicos de ambos os serviços. - Dificuldade em recolher e organizar documentação de suporte já existente. - Cuidados menos seguros, cuja vigilância dos doentes na enfermaria é mais reduzida do que no recobro;
Ambiente Externo	<ul style="list-style-type: none"> - Baixo custo na execução versus elevado benefício. - Objetivo do Hospital Garcia de Orta é a prestação de cuidados de saúde com elevados padrões de qualidade através da utilização eficiente de recursos. - Ordem dos Enfermeiros recomenda a elaboração de Guias orientadores da boa prática de cuidados, baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, com o objetivo de conseguir respostas satisfatórias dos profissionais e clientes na resolução de problemas de saúde específicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Limitação de tempo de estágio para executar na íntegra, todo o processo. - Possível mobilidade dos Enfermeiros da Equipa na estrutura da Instituição. - Escassez de recursos humanos disponíveis para colaborar ativamente no processo

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

2.5. Resultados das entrevistas

Em relação às entrevistas, começamos por expor que as opiniões dos enfermeiros reuniram consenso, tendo todos referido que, ao nível da admissão e alta de doentes no recobro, os maiores entraves referem-se à limitação de vagas no recobro e à sobrelotação de doentes com necessidade de recobro.

Consideraram que era necessário proceder-se ao esclarecimento dos critérios de admissão e alta dos doentes do recobro, pois, por vezes, existe dificuldade/incerteza na triagem dos doentes a necessitarem de recobro, quando este descompensa em termos hemodinâmicos (que critérios devemos valorizar) e quando não existe vaga no recobro, qual o doente que se deve retirar e com que critérios são baseados, e igualmente no atraso na alta dos doentes do recobro, aumentando a carga de trabalho dos enfermeiros e a própria ansiedade do doente.

Quanto aos aspetos a alterar, referiram a elaboração de um protocolo, admitindo que o mesmo trará mais autonomia e segurança aos enfermeiros, uniformização nos cuidados, coerência nos cuidados, minimizando os erros na triagem dos doentes, trabalho mais organizado e eficiente, melhor articulação com a equipa multidisciplinar e diminuição do tempo médio dos doentes a permanecerem no recobro.

Ressalvamos que todos os enfermeiros concordaram com a elaboração do protocolo, o que consubstanciou ainda mais a realização deste projeto.

Salientamos que se realizou igualmente uma entrevista exploratória, de cariz informal, a alguns doentes, tendo-lhes sido perguntado o que sentiam por estarem no recobro, os quais admitiram, na generalidade, um misto de sentimentos, tais como: medo, ansiedade, afirmando que “o tempo nunca mais passa”, ou seja, referiram-se à demora em sair do recobro. Foram também unânimes ao referirem os fatores ambientais assustadores, como o barulho constante dos monitores, mencionaram a entrada e saída de doentes e de profissionais de saúde. Estas unidades de registo corroboraram igualmente a concretização do protocolo, com a

garantia de melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes do recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular, num Hospital da Margem Sul.

2.6. Planeamento e execução

O planeamento e a execução são fases da metodologia de projeto importantes e consistem num plano detalhado que incluía escolha das atividades, dos meios e das estratégias, tendo em conta os objetivos previamente traçados (Miguel, 2006).

Assim, apresentamos o objetivo geral e objetivos específicos, bem como as atividades, os recursos e as estratégias utilizadas para a sua concretização.

2.6.1 Objetivos

O objetivo geral do Projeto de Intervenção em Serviço consistiu em:

- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes no recobro de um Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular, num Hospital da Margem Sul.

Esta intervenção foi articulada com a equipa multidisciplinar do referido Serviço, nomeadamente com a Chefia do Serviço e com a supervisão da Orientadora de estágio, Médico de Urologia e Cirurgia Vascular designado, respetivamente. Foram consultados todos os enfermeiros da equipa que prestam cuidados Urologia/Cirurgia Vascular, no parecer à elaboração de critérios de admissão e alta de doentes do recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular. Foi envolvida a equipa de enfermagem do respetivo Serviço, a participar na elaboração e revisão de documentação para incluir os critérios de admissão e de alta de doentes do recobro e na elaboração do documento de registos de enfermagem

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

relativamente aos critérios de admissão e alta do recobro, utilizando o protocolo e as suas respetivas escalas do referido Serviço.

Neste âmbito, há a salientar que foi elaborado o protótipo I de critérios tendo-se verificado que o mesmo era demasiado extenso, muito vago e pouco específico em termos de critérios de admissão e alta, sendo que inclusiva não foi atingido o *terminus*, nem aplicado este mesmo protótipo, devido aos Enfermeiros do referido serviço terem-se manifestado as dificuldades pelas razões anteriormente descritas. Como tal, foi necessário reformularem-se, dando origem ao protótipo II, na qual foi aplicado, mas tendo igualmente sido reformulado, para se poder ser ainda mais específico nos critérios, nomeadamente nos critérios de admissão, existindo também algumas ambiguidades no caso de doentes que não eram abrangidos pelo score, e que necessitavam de recobro. Deste modo, elaborou-se a versão final, em conjunto com o protocolo/norma, a qual está em fase de implementação, verificando-se uma maior satisfação por parte dos Enfermeiros, referindo que a sua aplicabilidade é de carácter simples, rápido e útil, sendo que os doentes estão a preencher os critérios e inserem-se nos score necessário para admissão e alta para e do recobro (cf. Anexo II). Neste momento, o protocolo está em implementação, desde de 12 de Janeiro 2015, com duração de um ano (pré-teste) em suporte de papel, sendo que foi realizado formação aos Enfermeiros do serviço para a sua utilização (Anexo III), e após a verificação da sua efetiva aplicabilidade e a sua respetiva avaliação, será introduzido no sistema informático do Hospital.

De seguida passa-se a apresentar cada objetivo específico do Projeto de Intervenção em Serviço, tendo em conta as atividades/estratégias desenvolvidas, os recursos humanos, materiais e temporais, bem como os indicadores de avaliação, cujo cronograma se encontra em Anexo (IV).

Objetivos específicos:

Elaborar um protocolo, com critérios de admissão e alta de doentes do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular num Hospital da Margem Sul

Tabela 2: Objetivos específicos relativos à elaboração do protocolo com critérios de admissão e alta de doentes do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular num Hospital da Margem Sul

Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
	Humanos	Materiais	Tempo	
Realização de pesquisa sobre a elaboração de protocolos de entrada e saída de doentes de um recobro; Pesquisa sobre a orgânica funcional do recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular, através de observação direta e da entrevista à enfermeira chefe e à orientadora; Recolha e organização de documentação de cariz científico pertinente a incluir no protocolo; Envolvimento da Equipa de Enfermagem e Médica na elaboração e revisão de critérios de entrada e saída de doentes do recobro, a incluir no protocolo para o Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular; Elaboração do protótipo do protocolo (I); Discussão do protótipo (I) com a chefia do serviço, orientadora de estágio, professora orientadora e médica; Recolha de sugestões cerca do protótipo do protocolo (I); Elaboração do protótipo do Protocolo (II); Discussão do protótipo (II) com a chefia do serviço, orientadora de estágio, professora orientadora e médica; Recolha de sugestões cerca do protótipo do protocolo (II); Construção da versão final da estrutura do protocolo para o recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular.	Enfermeiro/autor do projeto. Enfermeira Orientadora. Professora Orientadora Enfermeira Chefe do Serviço Urologia/Cirurgia Vascular. Equipa de Enfermagem do Serviço Urologia/Cirurgia Vascular Médico Cirurgia Vascular Médico Urologia	Documentação de cariz científico escrita Material Bibliográfico Material Informático	setembro a janeiro	Auto e heteroavaliação; Slides da Formação Cartaz de divulgação da formação interna no SU Apresenta a estrutura do protocolo para o recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular. Verificar a adesão dos enfermeiros do serviço à formação, esperando-se uma adesão de 80%.

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

Elaborar um documento de registos de enfermagem relativamente a permanência dos doentes no recobro, utilizando o protocolo com critérios de admissão e alta de doentes do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular.

Tabela 3: Objetivos específicos relativos à elaboração do Elaborar do documento de registos de enfermagem relativamente a permanência dos doentes no recobro, utilizando o protocolo com critérios de admissão e alta de doentes do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular

Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
	Humanos	Materiais	Tempo	
<p>Pesquisa bibliográfica acerca das temáticas referenciadas como prioritárias no estudo exploratório na fase diagnóstica;</p> <p>Organiza matérias de cariz científico sobre critérios de entrada e saída dos doentes no recobro;</p> <p>Elaboração de um protótipo (I) do documento de registos de enfermagem relativamente a permanência dos doentes no recobro, utilizando o protocolo com critérios de entrada e saída de doentes do recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular;</p> <p>Distribuição e discussão do protótipo (I) do documento à Equipa de Enfermagem, Enfermeira Chefe do Serviço, Professora orientadora de estágio, e orientadora do estágio;</p> <p>Recolha de sugestões cerca do protótipo do documento de registos de enfermagem (I)</p> <p>Construção da versão final do documento de registos de enfermagem relativamente a permanência dos doentes no recobro, utilizando o protocolo com critérios de entrada e saída de doentes do recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular</p>		<p>Documentação de cariz científico</p> <p>Material Bibliográfico</p> <p>Material Informático</p>	setembro a janeiro	<p>Auto e heteroavaliação;</p> <p>Apresenta o documento de registos de enfermagem relativamente a permanência dos doentes no recobro, utilizando o protocolo com critérios de entrada e saída de doentes do recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular à Equipa, à Enfermeira Chefe do Serviço e à orientadora.</p>

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

Implementação do Protocolo com critérios de admissão e alta de doentes do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular num Hospital da Margem Sul e documento de registos de enfermagem relativamente a permanência dos doentes no recobro

Tabela 4: Objetivos específicos relativos à implementação do Protocolo com critérios de admissão e alta de doentes do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular num Hospital da Margem Sul e documento de registos de enfermagem relativamente a permanência dos doentes no recobro

Atividades/Estratégias a desenvolver
<ul style="list-style-type: none">- Realização de uma formação interna sobre os critérios de admissão e alta de doentes do recobro, tendo como formandos/destinatários os enfermeiros do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular;- Apresentação/Divulgação do documento de registos de enfermagem relativamente a permanência dos doentes no recobro, utilizando o protocolo com critérios de admissão e alta de doentes do recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular a equipa de enfermagem.- Apresentação/Divulgação do Protocolo à equipa de enfermagem e médica do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular, o que pressupõe as seguintes fases:<ul style="list-style-type: none">- Planeamento da sessão- Divulgação da sessão- Elaboração dos materiais de suporte- Realização da sessão- Avaliação da sessão

Importa salientarmos que se perspetivaram alguns constrangimentos na execução dos objetivos delineados, nomeadamente:

- Dificuldade em recolher e organizar documentação de suporte já existente;
- Dificuldade em motivar a equipa de enfermagem a participar;
- Reação à novidade na integração do documento de registo de enfermagem relativamente a permanência dos doentes no recobro, utilizando o protocolo com critérios de admissão e alta de doentes do recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular;
- Fator férias e absentismo no Serviço que dificultou, por vezes, a continuidade da construção do Protocolo;
- Limitação de tempo de estágio para executar na íntegra todo o processo;
- Escassez de recursos humanos disponíveis para colaborar ativamente no processo, por existência de uma sobrecarga de trabalho.

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

Contudo, conseguimos ultrapassar os referidos constrangimentos, de modo a que os objetivos fossem alcançados, o que requereu:

- A otimização do tempo de estágio para o máximo de consulta de documentação;
- Envolvimento da equipa de forma pró-ativa, supervisionando ativamente todos os trabalhos em desenvolvimento;
- Facultar tempo de adaptação e integração dos novos documentos e incentivar a equipa para a sua utilização com intuito de melhorar a qualidade dos cuidados;
- Reforço do envolvimento do Enfermeiro do Serviço dinamizador da qualidade dos cuidados e da Formação, para a continuidade da construção do protocolo e a sua utilização;
- Agilização de todo o processo de projeto e criação de condições favoráveis para a sua continuidade pós-estágio;
- Integração de forma ativa de toda a equipa neste projeto, auscultando as suas opiniões/sugestões.

Em suma, a realização do Projeto de Intervenção em Serviço foi um forte contributo para o ganho de competência ao nível da atuação de admissão e alta de doentes no recobro cirúrgico, em parceria com os restantes elementos da equipa que fazem parte deste serviço. Apesar de ainda estar na sua fase de implementação, um pouco embrionária, em termos de resultado, o protocolo está a revelar-se como um instrumento precioso e imprescindível para a garantia de cuidados de saúde com qualidade e seguros aos doentes e suas famílias. Acresce referir que, na qualidade de enfermeiro em formação especializada na área de Médico-Cirúrgica, desenvolvemos e aprofundámos conhecimentos empíricos e científicos, éticos e pessoais que nos dotaram de “ferramentas” necessárias à consolidação de uma cultura orientada para a ajuda profissional avançada à pessoa no recobro.

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

É que ser Enfermeiro Especialista pressupõe uma prática/exercício profissional onde prevalecem as competências clínicas especializadas (prestação de cuidados) adequadas às necessidades específicas da pessoa, bem como a promoção de outras competências a nível da conceção de cuidados, gestão de cuidados (planeamento estratégico), supervisão de cuidados (gestão operacional), assessoria, formação e investigação (Leite, 2006). Por outro lado, a realização do Projeto de Intervenção em Serviço, durante o estágio, assumiu-se como um “tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação, (...)” e envolveu “não apenas o desenvolvimento de competências diretamente ligadas à assistência, mas também um conjunto de transformações e mudanças pessoais que se constituem como requisitos para prestar cuidados de saúde” (Abreu, 2007, p.213).

A criação das normas para a admissão e alta de doentes do recobro pretende ser um contributo como guia e instrumento de consulta para benefício da prática de enfermagem. É facto que a existência destas normas no serviço estabelece métodos de trabalho e conduz à uniformização dos cuidados prestados, tornando ao mesmo tempo os cuidados mais seguros, servindo de guia ao desempenho de cada enfermeiro. Serão igualmente úteis no processo de integração de novos elementos, possibilitando a cada um compreender quais as funções que lhe competem no seu desempenho profissional.

2.7. Princípios éticos

Para Fortin (1999) é essencial preservar os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações.

A elaboração deste trabalho está assente nos princípios da bioética no que concerne:

- Ao direito anonimato e confidencialidade, a pesquisa nos processos clínicos foi efetuada através do número de processo, como elemento identificativo. No entanto, na transcrição de dados, foi utilizado um

numeração aleatória, para identificar os diversos questionários, sem recurso à identificação dos seus intervenientes.

- Não maleficência, onde não será feito nada que cause dano ou problemas para os participantes;
- Beneficência, através do qual o bem-estar das pessoas que participam da pesquisa está acima dos interesses da ciência e da sociedade;
- Justiça e equidade, através do qual todas as pessoas podem ser participantes da pesquisa e devem ter acesso aos benefícios dos seus resultados.

Foram enviados pedidos de autorização aos respetivos autores para a sua utilização e reformulação/adaptação à realidade do referido serviço. Salienta-se que não conseguimos o contacto eletrónico dos autores das referidas escalas, tendo sido feitos pedidos de solicitação dos mesmos a outros investigadores que fizeram uso das mesmas, no entanto, até à data, não obtivemos quais quer respostas (Anexo VIII).

3. Projeto de Aprendizagem Clínica

Esta parte destina-se a apresentar o desenvolvimento do Projeto de Aprendizagem Clínica/Competências (PAC) em cada estágio, permitindo evidenciar a evolução das aprendizagens ao longo dos vários estágios realizados.

3.1. Projeto de Aprendizagem Clínica/Competências

O enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa Crítica e em Situação Crónica e Paliativa distingue-se pela sua formação e experiência, tendo como objetivo o desenvolvimento de competências comuns e específicas, adequadas à assistência à pessoa em situação crítica, que se refere àquela “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.1). Partindo-se do postulado que “os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.1), é importante que, na qualidade de profissional de saúde, se dê relevância à competência profissional, que consiste na capacidade de agir eficazmente num tipo de situação, bem como na capacidade de utilizar os conhecimentos e recursos, sem que se reduza a eles, considerando que o *saber fazer* e as aptidões e qualidades são instrumentos inerentes ao profissional na construção da sua competência.

No artigo 4º do referido regulamento, as Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica distinguem-se em três níveis distintos:

- i) Cuida a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica.

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

ii) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação.

iii) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Diário da República, 2011).

Competência: cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica:

Unidade de competência: Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; gere a administração de protocolos terapêuticos complexos; faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas; assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica; gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.

Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica - assumir a responsabilidade integral do doente urgente e emergente, que vivencia processos de saúde/doença crítica e falência orgânica ou multiorgânica, passível de originar risco de vida, requer a avaliação destas situações tendo por base a tomada de decisão rápida e objetiva, em função de critérios clínicos rigorosos.

Assim, prestei cuidados a doentes nesta situação, o que requereu vigiar os sinais e sintomas que o doente apresentava na enfermaria, antecipando e/ou precavendo alguma instabilidade hemodinâmica, aquando no momento de prestar

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

cuidados no recobro. Ao refletir sobre estas práticas, compreendi a importância de prestar cuidados de enfermagem baseados na evidência e no rigor dos procedimentos no doente crítico. A observação holística do doente e a capacidade de interpretar e conciliar todos os dados que dispunha foi, sem dúvida, uma das minhas preocupações.

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, como enfermeiro especialista, mobilizei conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística a cada doente. Necessitei de um saber atualizado e especializado, que me permitissem a aquisição/desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e científicas específicas no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No decorrer do estágio, ao prestar cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, revelei capacidade de reação, responsabilidade e discernimento perante situações novas e complexas, tendo em conta a prevenção de complicações e o seu despiste precoce, executando as intervenções de enfermagem de acordo com o diagnóstico proveniente da vigilância, gerindo os sinais e sintomas e comunicando atempadamente possíveis complicações, desenvolvendo assim uma metodologia eficaz na assistência ao doente/família, segundo uma perspetiva profissional avançada, gerando ganhos em saúde, pela conceção e produção de cuidados de elevada qualidade.

Competência: Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação:

Unidade de competência: Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência; planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe; gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe.

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

A prestação de cuidados requer a obrigatoriedade de se estar preparado para a possibilidade de intervir numa situação de emergência multi-vítima ou catástrofe. O objetivo máximo perante estas situações será sempre o de minimizar e/ou eliminar as baixas humanas, a diminuição da saúde e os posteriores efeitos físicos e psicológicos na maior extensão possível.

Neste sentido, realizei um trabalho no âmbito do ICN *framework of disaster nursing competencies*, o que me permitiu adquirir a competência de catástrofe. Também participei numa aula prática, no âmbito do 3º Mestrado Médico-Cirúrgico da Escola Superior de Saúde do IPS, em que, em conjunto com os Bombeiros Sapadores de Setúbal, abordámos vários cenários de catástrofe e abordagem a muti-vítimas, nomeadamente um cenário de acidente frontal entre uma mota e um veículo ligeiro; decida a um poço de 7 metros para socorrer a vítima e fazer a sua extração; e uma explosão num prédio de 5 andares com abordagem às vítimas dentro do mesmo, procedendo à sua extração para o posto médico (Bombeiros e Estudantes em Treino, 2015).

Esta atividade prática foi uma mais-valia para a aquisição de competências nesta área, consubstanciando o pressuposto de que formação permanente assume um papel determinante, tendo em vista a excelência na qualidade dos cuidados de enfermagem e consequentes ganhos em saúde. O contacto com a realidade, mesmo que simulada, como foi o caso, permitiu-me desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa em situação de catástrofe. Tomei ainda mais consciência de que este é um ato que requer uma capacidade de lidar com situações cruciais com uma velocidade e precisão mais elevadas. Requer competência na integração de informação, construção de julgamentos e estabelecimento de prioridades.

Competência: maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas:

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

Unidade de competência: Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica; lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

A formação do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica implica perspicácia na tomada de decisão, capacidade analítica e científica na recolha de dados e qualidades de reflexão crítica.

Ao longo desta minha caminhada, promovi momentos de reflexão crítica sobre a prática dos cuidados de enfermagem observados/ prestados durante o estágio à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou com falência orgânica ou multiorgânica, no que respeita à prevenção e controlo da infeção. Neste âmbito, fui convidado a integrar a equipa de dinamizadores do serviço da prevenção e controlo da infeção no serviço, o que me levou a momentos de reflexão crítica face às intervenções levadas a cabo pelos profissionais, que integravam a equipa, numa perspetiva de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, não só aos doentes presentes no recobro, mas igualmente os doentes internados nas enfermarias no referido Serviço, procurando sempre apreender práticas corretas no que respeita à prevenção e controlo da infeção. Neste sentido, conduzi sempre a minha *praxis*, zelando pelos cuidados prestados, adotando as normas de segurança e de prevenção e controlo de infeção, cumprindo as precauções padrão, no sentido de minimizar os riscos profissionais ao qual estamos sujeitos, bem como minimizar os riscos dos doentes. Neste âmbito, refiro que também participei na realização de um poster “Cuidados Limpos: Cuidados Seguros”, em colaboração com as colegas do Mestrado, com o intuito de sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da Prevenção e Controlo de Infeção na diminuição da prevalência das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, publicado na revista Cuid’Arte (2014).

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

Competência: cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida:

Unidade de competência: identifica as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares, promove intervenções junto de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares; envolve cuidadores da pessoa em situação crónica incapacitante e terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades; colabora com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio.

Os doentes com doença crónica, incapacitante e terminal necessitam de cuidados específicos, orientados para o controlo dos sintomas, para o suporte psicológico, emocional e espiritual, otimizados pelo manejo eficaz de estratégias de comunicação terapêutica. Estes cuidados devem ser prestados por profissionais de saúde com competências adquiridas nesta área, inseridos numa equipa interdisciplinar, tendo sempre como finalidade o doente e a sua família, de modo a preservar a sua dignidade, melhorar a sua qualidade de vida e diminuir o seu sofrimento.

Neste âmbito, procurei sempre diminuir o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida. No entanto, salvaguardo que, apesar de se tratar de doentes terminais, procurei cumprir sempre com os critérios definidos para a sua admissão no recobro, ou seja, quando o doente apresentava alguma instabilidade hemodinâmica, parti sempre do princípio alienável que o mesmo possuía o direito aos mesmos cuidados do que os outros doentes, mantendo sempre equidade nos cuidados prestados. Este foi um tema que serviu de mote à realização

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

de um trabalho desenvolvido, objetivando um aprofundamento de conhecimentos para a intervenção prática junto de doentes nesta situação.

Parti sempre do pressuposto que a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto é uma experiência imediata e holística de ser fortalecido através do alívio e da tranquilidade. Reconheci que a arte de enfermagem é a aplicação individual de cada profissional dos princípios científicos e humanísticos nos contextos específicos do cuidar, essencialmente quando se trata de um doente com doença crónica, incapacitante e terminal e respetivos familiares.

Competência: estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas e à morte:

Unidade de competência: promove parcerias terapêuticas com o indivíduo portador de doença crónica incapacitante, cuidadores e família; respeita a singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas a processos de morrer e de luto.

No que se refere ao estabelecimento da relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, deve dar-se também primazia á facilitação do processo de adaptação às perdas e à morte.

Neste sentido, procurei sempre estar atento aos elementos mediadores da reação à perda, em particular aos fatores de risco, uma vez que a qualidade do suporte e a relação previamente existentes com o doente determinam, em grande parte, a intensidade das manifestações e o desenvolvimento do luto. Como tal, a minha intervenção jamais poderá acabar no momento da morte do doente, pois, devo prever a continuidade do acompanhamento aos familiares no período de luto sempre que se justifique, uma vez que, em algumas famílias, emergem dificuldades

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

persistentes que limitam as capacidades para lidar com perda e nos períodos precoces de luto estas famílias descompensam pela deterioração do seu funcionamento em três dimensões fundamentais: coesão, falha na comunicação e aumento do conflito.

Assim, procurei estabelecer uma relação terapêutica que me facilitasse o reconhecimento de sintomas que envolvem a dimensão do cuidar nas suas múltiplas dimensões da experiência vivida, ou seja, a nível físico, psico-emocional, espiritual, familiar e social. Esta é uma prática que requer a definição de objetivos terapêuticos centrados nas necessidades dos doentes e das famílias, preservando sempre a sua dignidade, o conforto, o bem-estar, valorizando a sua própria perspetiva. Procurei sempre respeitar os valores do “outro”, estabelecendo um clima de empatia, assertividade, disponibilidade, sensibilidade, compreensão, sensatez e discrição.

4. Reflexão

Procuramos, no presente capítulo, refletir sobre o ganho pessoal e profissional ao tornarmos-nos Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Decorre de um *continuum* que nasceu numa Pós-Graduação, se fez acrescentar no 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Todos os momentos de aprendizagem levaram-nos a perceber claramente que todas as nossas experiências envolvem pensamentos, sentimentos e ações, que mereceram uma reflexão criteriosa e consciente de todo o processo de aprendizagem e ação, tendo em conta as competências a alcançar como Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

4.1. Enfermeiro especialista

A profissão de enfermagem tem evoluído nas últimas décadas, pelo que, no sentido de responder aos vários desafios que o campo da saúde impõe, os profissionais têm desenvolvido cada vez mais conhecimentos, capacidades e competências pessoais que lhes permitam uma maior autonomia, responsabilidade, eficácia e segurança nas suas tomadas de decisão. Desenvolvendo o pensamento crítico e refletido no contexto da sua prática, os enfermeiros procuram uma melhoria contínua do seu exercício profissional com a finalidade de proporcionar ao doente cuidados de qualidade.

A Ordem dos Enfermeiros, em 2001, para a definição concetual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem parte de um enquadramento concetual das entidades saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem. De acordo com o mesmo documento, “o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)”, onde a “relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

seu papel” (p. 10). Isto significa que esta relação desenvolve-se e fortalece-se no *continuum* de um processo dinâmico, cujo objetivo é ajudar a pessoa a ser proactiva na conquista do seu projeto de saúde. Todavia, são muitas as circunstâncias em que esta parceria deve ser estabelecida, abarcando as pessoas significativas para a pessoa doente, família e/ou pessoa significativa.

Na procura incessante da excelência, são estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001), enunciados descritivos do exercício profissional do enfermeiro de cuidados gerais: “o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes; o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde; o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes; o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente; o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde; o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”.

Com a evolução da complexidade dos cuidados, em conformidade com a complexidade das situações em que os enfermeiros prestam a sua ação concreta no quadro do exposto anteriormente e que constitui o pensamento regulador para o exercício da enfermagem, tem-se assistido à crescente necessidade de áreas de especialização, marcada pela formação contínua e pela formação especializada.

É reconhecido que o enfermeiro especialista tem responsabilidades e saberes que diferem dos outros enfermeiros, o que se deve à sua proximidade e permanência nos contextos das práticas e deverá constituir-se como modelo de referência nos cuidados e desempenhar um papel ativo, como agente de mudança e de liderança nas equipas. Estes, ao serem legitimamente reconhecidos como os mais qualificados para o desempenho, deverão ser, por excelência, o garante da qualidade dos cuidados e o suporte na construção da identidade dos enfermeiros.

No âmbito legal, um enfermeiro especialista é “enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, sendo as suas competências um aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de

cuidados gerais” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p.2). Tal definição foi aprovada pela Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros a 29 de maio de 2010, sob proposta apresentada pelo Conselho Diretivo, sendo publicado em Diário da República (2ª Série nº 35 a 18 de fevereiro de 2011). Aqui ficou ainda definido que todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de atuação partilham quatro domínios, ou competências comuns, que podem ser aplicáveis em qualquer contexto de cuidados de saúde, sejam primários, secundários ou terciários. Estas são demonstradas por meio da sua “capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados”, bem como pelo “exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p.3). Estes são:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão de cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A Ordem dos Enfermeiros, mais concretamente no Regulamento n.º 122/2011, considera as seguintes competências comuns a enfermeiros especialistas:

Desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, devendo demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, recorrendo a habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e na preferência do cliente.

Promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, revelando uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, colaborando na conceção e na concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetuar a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.

Conceber, gerar e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.

Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro, considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, realizando a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados, na gestão dos cuidados, adequar os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, demonstrando, em situação, a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Basear a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, assentando os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto

sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

É através da certificação das competências clínicas especializadas, que o enfermeiro especialista revela possuir um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica. Cada uma destas competências ramifica-se em várias unidades de competência, que representam uma realização concreta, com significado claro. Por sua vez, cada uma destas unidades de competência contempla vários critérios de avaliação, que representam os vários aspetos de desempenho profissional, e que devem ser entendidos como evidência do mesmo.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica foram aprovadas em Assembleia Geral extraordinária da Ordem dos Enfermeiros a 20 de novembro de 2010, por proposta apresentada pelo Conselho Diretivo após aprovação em Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica em 25 de setembro de 2010. Foi publicado em Diário da República 2ª série n.º 35, a 18 de fevereiro de 2011, constituindo uma comunicação aos cidadãos do que podem esperar de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

A pessoa em situação crítica “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p.1).

Assim os cuidados de enfermagem a estes clientes são altamente qualificados, sendo prestados de forma contínua, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades.

Ao longo de todos os momentos de aprendizagem, sentimos que foram alcançados os objetivos, com vista ao enriquecimento pessoal e profissional, que entendemos poderem vir a ser útil para o nosso futuro como enfermeiros especialistas.

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

É importante que todos os profissionais de enfermagem, em especial aos enfermeiros especialistas, que sejam capazes de adotar uma postura crítica e reflexiva, em relação à forma como encaram os desafios do quotidiano profissional, sendo capazes de tecer e articular conhecimentos e práticas, conscientes do seu nível de participação na prestação de cuidados, construindo, desta forma, os seus próprios saberes e desenvolvimento de competências.

Importa, ainda, realçar que a formação relativa à Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica constituiu-se como um estímulo de reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação, com vista ao conhecimento profissional denominado de epistemologia da prática, ao prepararmos-nos em direção ao conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, vertidas num agregado de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Deste modo, a reflexão crítica das práticas permitiu aprendizagem e desenvolvimento de competências enquanto enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Segundo Benner (2001), as competências desenvolvem-se ao longo de toda a vida em contextos de trabalho e formação, de forma gradual. O seu desenvolvimento mais ou menos rápido deve-se à capacidade que cada um tem de interiorização e reflexão, associadas às suas características individuais e às dos contextos de trabalho. Uma aprendizagem reflexiva, através da integração do conhecimento adquirido e das experiências vivenciadas, permite a capacitação com um conjunto maior de competências do profissional, para que este intervenha de um modo diferente do anterior (Bruera, 2006).

4.2. Competências de Mestre Enfermeiro

A capacidade de resposta do Mestre Enfermeiro em Enfermagem Médico-Cirúrgica está dependente da amplitude e diferenciação adequadas das suas

competências, enquanto processo dinâmico de articulação de conhecimentos técnico-científicos em interação com o “aqui e agora”. Importa ressaltar que a competência não é estática. Pelo contrário, é um processo adaptativo e progressivamente evolutivo na aplicação dos saberes teóricos às diversidades e às adversidades dos quotidianos, ou seja, “a competência aparece ligada a comportamentos que condicionam a ação, dizendo da sua eficácia e/ou eficiência” (Mendonça, 2009, p.45).

A enfermagem, como ciência em contínuo desenvolvimento, sugere aos seus profissionais dimensões diferenciadas de competências capazes de dar resposta a situações de diagnóstico, prognóstico e tratamento de doentes, onde as suas experiências se refletem na prática, em cada doente. Deste modo, surgem as especialidades em cuidados de enfermagem, assumindo um papel crucial no garantir de prestação de cuidados de qualidade. As competências especializadas em enfermagem requerem uma visão globalizante sobre a pessoa e o seu ambiente.

Em suma, as competências profissionais são um fio condutor dinâmico da aplicabilidade da forma e estrutura que assumem na prática as teorias e modelos, que explicam o agir do enfermeiro Mestre, que deve estar consciente da responsabilidade que assume nas instituições de saúde. Este foi o ponto de partida para a nossa aposta na formação e na aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Mestre, considerando-as essenciais à qualidade e segurança do nosso exercício profissional. A especialidade assume-se, assim, como uma mais-valia à nossa formação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, possibilitando a identificação mais precoce e uma resposta mais eficaz e eficiente no suprimir das necessidades do doente crítico. A resposta do Enfermeiro Mestre a cada caso é um instrumento tendente a cuidados de enfermagem de qualidade ao doente/família. Como refere Benner (2001, p. 24), “os cuidados de enfermagem competentes necessitam de programas de educação bem planificados. A aquisição de competências baseadas na experiência é mais segura e mais rápida se assentar em boas bases pedagógicas”. É neste sentido, que passamos a refletir sobre as competências do Enfermeiro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

O Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que é dotado de competências profissionais diferenciadas de modo a intervir em ambiente complexo, principalmente ser capaz de suportar, na evidência, o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica (n.º 1 do art. 2º do Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica, ESS/ IPS, 2011b).

A legislação nacional que consubstancia os mestrados postula que o Mestre deve adquirir um conjunto de competências que lhe possibilite uma aprendizagem ao longo da vida, culminando na auto-orientação e/ou autonomia. O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica diz respeito à formação científica de carácter profissionalizante, que inclui um “conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas”¹.

Assim, apresentamos uma reflexão que tem como base a aquisição das Competências do Mestre. No entanto, importa ressalvamos que estas e outras competências, atrás mencionadas, são e serão sempre complementares, nomeadamente:

- Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos Cuidados de Enfermagem;
- Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;
- Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma pró-ativa;
- Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;
- Inicie, contribuir para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

¹Documento de proposta do Curso de Mestrado

- Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

Face ao exposto, sustentamos que todo o nosso percurso académico, atualmente com proposta a Mestre, constituiu-se por vários momentos de aprendizagem, sempre demonstrativo que no nosso exercício profissional tem existido uma forte aposta num desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida. Este desenvolvimento consubstancia-se no conhecimento e na utilização dos principais recursos, como fatores promotores de uma autoformação, assumindo-se como componente capital para o desenvolvimento profissional e pessoal.

- Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos Cuidados de Enfermagem:

A conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem são parte integrante do processo de enfermagem, o que requer a realização de uma avaliação criteriosa do doente, família e comunidade, formulando os diagnósticos de enfermagem, o que pressupõe a análise crítica dos dados obtidos na avaliação e prescrevendo as intervenções de enfermagem gerais e especializadas necessárias.

Porém, este processo implica analogamente a avaliação de todo o processo, garantindo que os resultados obtidos são os resultados esperados, revendo os diagnósticos de enfermagem iniciais e alterando as intervenções com o evoluir da situação de saúde do cliente. A tomada de decisão inerente a estas competências tem sempre uma dimensão ética e deontológica inerente, assegurando cuidados de saúde de qualidade de forma equitativa. O respeito pela autonomia do cliente, respeitando a sua vontade e encarando-o como um parceiro no seu processo de saúde é inerente à prestação de cuidados de enfermagem de excelência. Segundo

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

Benner (2001), faz parte do enfermeiro perito a capacidade de intuição que cada situação clínica exige para apreender os reais problemas do cliente, sem se perder por um largo leque de soluções e diagnósticos estéreis, porque age a partir de uma compreensão profunda da situação global.

- Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas:

Começamos por salientar que adquirimos uma consciência crítica e um espírito aberto ao aprender a aprender, como forma de alcançarmos o *saber fazer* especializado. Ao concluirmos o mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vimos concretizado um projeto pessoal e profissional, que teve o seu início aquando do ingresso no curso de enfermagem, a partir do qual nos demos contados nossos recursos pessoais e carências formativas, de modo a podermos-nos ajustar às necessidades da realidade prática do nosso quotidiano profissional. Desta feita, ficou bem clara a ideia de que quanto mais conhecimento adquirimos, maior é a consciência sobre aquilo que não sabemos, não dominamos, da descoberta de novas abordagens. Assim sendo, a melhor atitude assumida por nós foi a de aprender, num processo contínuo, envolvendo-nos continuamente numa consciência recetiva e empenhada, segundo a linha de pensamento de Carvalho (2007). Esta formação foi um instrumento, por excelência, da continuidade de realização do desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas.

- Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva:

Referimos, desde já, que o desejo de alcançarmos novos conhecimentos, conforme suprarreferido, é fundamental para a aquisição e desenvolvimento desta

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

competência, na qualidade de futuros mestres em Enfermagem. Assim, procurámos sempre, ao longo do nosso processo de formação e ao longo da carreira profissional, integrar equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma pró-ativa.

De facto, a integração em equipas multidisciplinares possibilitou-nos aplicar os nossos conhecimentos e capacidade de resolução de problemas em contextos alargados, multidisciplinares, relacionados com a nossa área de especialização, conforme declara o perfil de competências do mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Para além disto, possibilitou-nos trabalhar com outros profissionais de saúde, exercendo alguns deles funções de chefia. Por outro lado, também servimos de referência no Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular para a gestão dos doentes cirúrgicos e/ou doentes descompensado de ambas as especialidades.

- Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos:

Importa, desde já, salientamos que a tomada de decisão se constitui como um fator decisivo na qualidade dos cuidados de enfermagem nas suas diferentes áreas de atuação, conduzindo-nos à reflexão acerca da nossa forma de agir, enquanto enfermeiros especialistas e futuros mestres em Enfermagem Médico-Cirúrgica, se reflete na melhoria dos cuidados de enfermagem.

Assim, o nosso agir em enfermagem norteou-se por uma teoria de enfermagem e pelo nosso percurso pessoal e de autoformação. Tendo em conta o art. 8º do Cap. IV do REPE, “os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos” (Butes et. al., 2010, p.11). Por outro lado, e em articulação com o Projeto de Intervenção em Serviço desenvolvido, julgamos que a metodologia de trabalho de projeto utilizada evidenciou a necessidade de argumentação rigorosa em todas as etapas da sua elaboração, como expusemos anteriormente.

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

- Inicie, contribua para e/ou sustente investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência:

No decorrer de todo este percurso, procurámos, com base na pesquisa bibliográfica, alicerçar e consubstanciar as nossas opções e delinear os processos em que decorreu a execução do Projeto de Intervenção em Serviço, bem como a reflexão sobre todo o percurso realizado. Desta feita, houve a necessidade, tendo também em consideração o processo de adequação ao Curso de Mestrado, de atualizarmos a informação, nomeadamente no que concerne ao quadro concetual que sustenta a problemática do Projeto de Intervenção em Serviço.

Embora o Projeto de Intervenção em Serviço esteja ainda em implementação, a sua avaliação já nos permite compreender os efeitos causados pelo mesmo, essencialmente não nível dos critérios de admissão e alta de doentes do recobro, com reflexos numa melhoria dos cuidados que lhes são prestados. Por este motivo, pretendemos continuar a praticar e promover a prática assente na evidência junto da equipa com a qual trabalhamos e na instituição onde exercemos funções, recorrendo a estratégias de superação a prováveis oposições à mudança.

- Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular:

Realizara análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular, assumiu-se como uma competência desenvolvida com a elaboração do Projeto de Intervenção em Serviço, onde seguimos a metodologia de trabalho de

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

projeto. A sua elaboração contou com um envolvimento de toda a equipa do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular.

Assim, em parceria, elaborámos os critérios de admissão e alta dos doentes do recobro, que deram origem a um protocolo, que está a ser implementado no serviço, sendo este um contributo para a formação de pares de diferentes administrações de saúde. Neste sentido, importa referirmos que os enfermeiros investigadores cooperam em redes partilhadas na área da saúde, para que possam, assim, ser reconhecidos pela qualidade do contributo na produção de conhecimento útil. Todavia, como salienta Rodrigues (2009), a viabilidade científica só pode ser realmente efetiva, caso o conhecimento científico produzido seja publicado em revistas científicas de impacte. É que, segundo o autor citado, uma boa produção científica divulgada concebe uma cultura científica de consumo e utilização, com repercussão em novas investigações e em aplicações nas práticas clínicas e educativas, basilares ao crescimento e afirmação da enfermagem. Tendo em conta estes pressupostos, é nosso ensejo publicar o artigo científico referente ao Projeto de Intervenção em Serviço, o que poderá ser um contributo para o desenvolvimento de novos projetos e para a criação de protocolos essenciais a vários serviços. Neste âmbito, realizamos este artigo, dando conta da pertinência da elaboração deste protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível? (Anexo V).

5. Considerações finais

A vivência do meu projeto como enfermeiro em formação leva-me a dizer que o ser humano se expressa numa atitude constante de ‘tarefa aberta’. Aberta a quê? À iniciativa e/ou ao caminhar para o futuro. Por intermédio de quê? De uma atitude tão lúcida quanto personalizada e, conseqüentemente, personalizante e desenvolvvente. A análise rigorosa e criteriosa do real constituiu-se a base de toda e qualquer intervenção minha junto do doente e sua família. Sob a forma de uma certeza incontestável, afirmo que, para agir adequadamente com cada doente/família, prestando-lhe cuidados de saúde rigorosos e humanos, o pressuposto correto consiste numa análise rigorosa e específica das minhas ações.

Neste contexto, situo a aprendizagem construída e o desenvolvimento pessoal num processo formativo especializado adquirido ao longo desta formação, quer em termos curriculares, quer em termos de prática clínica, em direção à minha profissionalidade.

Na expressão de Perrenoud (2002), os traços que caracterizavam a profissionalidade repousam sobre a capacidade de identificar e resolver problemas em situação de incerteza, de stresse e de forte envolvimento pessoal. Posso dizer, então, que a profissionalidade seria a profissão em estado de ação, isto é, a temporalidade que se constrói na relação com o campo semântico das formas de expressão das identidades e das construções, nas trocas sociais e simbólicas estabelecidas entre mim e todos os outros atores do processo de cuidar. A profissionalidade estabelece-se pela autonomia, pela responsabilidade na nossa própria formação permanente e pela capacidade de aprendermos e refletirmos sobre a nossa ação.

Por outro lado, tenho que referir que o processo de cuidar é interpessoal, que pressupõe a vertente humana, como dimensão essencial do trabalho do enfermeiro e o ideal moral da enfermagem, cujo fim é a promoção e a preservação da dignidade individual. Collière (2003) refere que o cuidar é uma forma de se relacionar,

crescendo com o outro pelo que, para desenvolver a prestação de cuidados de enfermagem. Assim, como enfermeiro, mesmo em formação, tenho de conceber o outro como um ser único, pensante e sensível e não como um objeto para ser tratado.

O exercício profissional de enfermagem, quanto à sua ação de cuidar e à promoção dos projetos de saúde de cada pessoa, ao longo de todo o ciclo vital, procura prevenir a doença, promover processos de readaptação nas transições, satisfazer as necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida e uma adaptação funcional a múltiplos fatores intervenientes na situação de saúde (Hesbeen, 2001).

Paralelamente, o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos, de competências e o desenvolvimento da minha experiência profissional têm-se caracterizado por períodos de educação formais e por processos de socialização nos valores da profissão, recentrando-me continuamente nos interesses dos doentes/família e em códigos de ética profissional de enfermagem. Todas as aprendizagens teóricas e práticas fizeram-me evoluir como pessoa e tornar-me num profissional mais competente. Muitos mais exemplos poderia enumerar sobre o trabalho sublime que o enfermeiro desenvolve silenciosamente, sem alarde, centrado na pessoa humana, porque ele sabe que é fácil querer ser flor, difícil é querer ser raiz!

Este trabalho representou uma reflexão do caminho percorrido e a percorrer, quer a nível pessoal, quer a nível profissional, assumindo-se como uma mais-valia em termos de futuro, na medida em que sistematiza todo o processo desenvolvido para a aquisição das competências comuns e específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

É importante que, na qualidade de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, se dê relevância à competência profissional, que consiste na capacidade de agir eficazmente num tipo de situação, bem como na capacidade de utilizar os conhecimentos e recursos, sem que se reduza a eles, considerando que o saber fazer e as aptidões e qualidades são instrumentos inerentes ao profissional na

construção da sua competência. Os elementos que a constituem estão associados intrinsecamente ao contexto e às circunstâncias em que sucede a intervenção de enfermagem, incluindo-se o saber mobilizar (Le Boterf, 2003).

Assim, é necessário que continue a procurar fundamento para as minhas ações essencialmente para as minhas tomadas de decisão, contribuindo com estratégias para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados em enfermagem.

A realização do Projeto assumiu-se como importante para o Serviço onde decorreu o estágio, uma vez que foi ao encontro das necessidades do mesmo, manifestado pela Enfermeira Chefe. Foi muito gratificante na medida em que contribuiu para a melhoria dos cuidados aos doentes do recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular de um Hospital da Margem Sul, apesar de ainda estar no início da sua implementação. Foi igualmente importante para colmatar uma necessidade sentida por todos os enfermeiros que desempenham funções nesta Unidade, da qual somos parte integrante dessa equipa. O projeto de elaboração do protocolo, com critérios de admissão e alta de doentes do recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular assumiu-se como um contributo para a sistematização/uniformização e qualidade e segurança nos cuidados prestados aos doentes no recobro.

Com este Projeto tive a capacidade de desenvolver competências que me permitiram fazer um diagnóstico da situação, identificar a área problemática e demonstrar a sua pertinência e prioridades de intervenção para resolução.

Para além de me possibilitar a condução de uma melhoria da prestação de cuidados de enfermagem, contribuiu para aproximar e envolver toda a equipa de enfermagem que presta cuidados aos doentes do recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular, tendo-se contado com a participação de todos enfermeiros da equipa e de forma ativa, estando dispostos a envolverem-se na elaboração e revisão da documentação, postulando a premissa de que só podemos crescer em equipa juntos.

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

Este projeto assumiu-se como um “trampolim” para a minha progressão profissional e desenvolvimento das minhas aptidões, possibilitando igualmente a implementação de um instrumento no Serviço onde desenvolvi o estágio, que conduz a uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados aos doentes com necessidade de recorrer ao recobro.

Este Projeto permitiu pragmatizar o planeado e, assim, experienciar e vivenciar momentos tão gratificantes, que possibilitaram atingir os objetivos delineados. Segundo Benner (2001), faz parte do enfermeiro perito a capacidade de intuição que cada situação clínica exige para apreender os reais problemas do cliente, sem se perder por um largo leque de soluções e diagnósticos estéreis, porque age a partir de uma compreensão profunda da situação global.

Terminado este trabalho, onde foram descritas as situações facilitadoras de aprendizagens e de aquisição de competências, as quais são só possíveis com o exercício profissional e com a formação contínua e especializada, importa salientar que assumi o compromisso de trilhar um caminho baseado na prestação de cuidados de qualidade. Como tal, terei de continuar a apostar na minha formação, pois esta é um patamar que engrandecerá este comprometimento.

Considero que é neste sentido que tenho de continuar a alargar o meu saber, não só numa intervenção orientada para as complexas questões da minha *praxis*, mas também numa participação mais especializada na concretização das diferentes intervenções, baseadas em sólidos e válidos padrões de conhecimento que assegurem o direito dos meus utentes terem cuidados de qualidade e que respondam na íntegra às suas reais necessidades.

Sob este aspeto, ao exercer a profissão, vejo-me como um profissional que deseja ter um profundo conhecimento e com um leque de competências distintas, que me permitam o mais profundo entendimento da pessoa em situações concretas, facilitadoras do desenvolvimento de uma prática consciente e justificada através de intervenções adequadas que “fazem a diferença”.

Agora importa olhar o futuro, porque o presente, amanhã é o passado! Importa não baixar os braços, nem tão pouco o olhar. Quem passa por estas

experiências passa a ver mais longe, a olhar com outros olhos a importância da formação, tendo como objetivo a perfeição da prática profissional, em plena autonomia.

Neste encadeamento impõe-se como prioritário continuar a tentar abraçar todas as oportunidades que me possam facilitar a concretização dos meus objetivos como enfermeiro especialista, que se incluam na excelência do meu exercício profissional para o desenvolvimento de uma prática diferenciada e de qualidade.

Seguramente terei sempre que me colocar como aprendiz, ter cristalizados vários fatores: a ideia de que há aprendizagens que apenas se adquirem no quotidiano profissional, com a heterogeneidade dos utentes e familiares; confiança num trabalho conjunto com outros profissionais; comunicação assertiva entre os elementos que constituem as equipas com as quais tenho trabalhado, mormente ao nível de formação e enriquecimento pessoal e profissional.

Em suma, terei sempre que assumir o papel de aprendiz, colocando-me num processo de desenvolvimento e de aprendizagem, numa dinâmica recíproca, espiral dada, num ambiente de colaboração e partilha entre todas as pessoas com as quais trabalho e me ajudam a formar.

Referência bibliográficas

ABREU, W – *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, formação e saúde, 2007.

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DAS SALAS OPERATÓRIAS - *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lisboa: Lusodidacta, 2006.

BENNER, P. – *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

Bombeiros e Estudantes em Treino (2015). Disponível em: <http://www.mun-setubal.pt/pt/noticia/bombeiros-e-estudantes-em-treino/2680>.

CARVALHO, V. de – Sobre conhecimento geral e específico: destaques substantivos e adjectivos para uma epistemologia da enfermagem. Escola Anna Nery. *Revista Enfermagem*. 11:2, 2007. 337-342.

COLLIÈRE, M-F. - *Cuidar... A Primeira Arte da Vida*. Loures: Lusociência, 2003.

FIGUEIRA, A.; CARREIRA, A.; TEIXEIRA, R.; CARINA, H. - *Poster Cuidados Limpos: Cuidados Seguros*. CUID'ARTE, 12(7): 6. Disponível em: <http://cuidarteseutubal.blogspot.pt/>.

CUNHA, M.J.S. - *Investigação Científica. Os passos da investigação científica no âmbito das ciências sociais e humanas*. Vila Real: Ousadias, 2009.

FORTIN, M. F. - *O processo de Investigação da Concepção à realização*. Loures: Lusociência; 1999.

FOX AJ; OWEN-SMITH O.; SPIERS P. *The immediate impact of opening an adult high dependency unit on intensive care unit occupancy*. Anaesthesia 1999. 280-283.

HENRIQUES C.J. - *Cuidados de Enfermagem Pós-anestésicos*. 2011. Disponível em: <https://danielaenfermioperioperatoria.files.wordpress.com/2011/10/reflexao-i2.pdf>.

HESBEEN, W. - *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência Editores, 2001.

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

LAGES, N.; FONSECA, C. & ABELHA, F. - Unidade de cuidados pós anestésicos - Tempo de definir novos conceitos? *Revista SPA*, 2006, vol. 15, 4: 18-26.

LE BOTERF, G. - *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. Porto Alegre: Bookman-Artmed, 2003.

LEITE, L. - *O enfermeiro Especialista: Percurso de Desenvolvimento Profissional*. Trabalho apresentado no 3º Painel intitulado “Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: valorização de percurso e competências” no II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. 2006. Acedido em: Ordem dos Enfermeiros:<http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/IICongresso/LuciaLeite.pdf>

MARSHALL, S.I. & CHUNG, F. - Discharge Criteria and Complications After Ambulatory Surgery. *Anesth Analg*, 1999, 88: 508-517.

MELEIS, A. & TRANGENSTEIN, P. - Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 1994, 42; 6 (Nov/Dec): 255-259.

MELEIS, A.I. - *Theoretical nursing: Development and progress (3rd Ed.)*. Philadelphia: Lippincott Co, 1997.

MELEIS, A.I. - *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and practice*. New York, NY: Springer Publishing Company, 2010.

MELEIS, A.I., LIPSON, J.G., MUECKE, M. & SMITH, G. - *Immigrant Women and their Health: An Olive Paper*. Indianapolis: Center for Nursing Press, Sigma Theta Tau, 2000.

MENDONÇA, S. Competências Profissionais dos Enfermeiros – A Excelência do Cuidar. Editorial Novembro, 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento nº 122/2011 – DR 2ª série, nº 35 – 18 de Fevereiro de 2011a. 8648-8653.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa, 2010.

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Regulamento nº 124/2011 – DR 2ª série, nº 35 – 18 de Fevereiro de 2011b. 8656-8657.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa, 2010.

PERRENOUD, Ph. - *Aprender a negociar a mudança em educação. Novas estratégias de inovação*. Porto: ASA Editores, 2002.

RODRIGUES, M. – O caminho da enfermagem científica moderna. In colectanea ICE. 2009. Isla Canárias: grupo ICE. ISSN – 978-972-8612-41-2. Disponível em URL: <http://ice-mac.org/pdf/colectanea/1.pdf>.

SONG, D.; CHUNG, F.; RONAYNE, M. et al. - Fast-tracking (Bypassing the PACU) does not reduce nursing workload after ambulatory surgery. *Br J Anesth*, 2004, 93: 768-774.

WHITE, P.F. & SONG, D. - New criteria for fast-tracking after outpatient anesthesia: a comparison with the modified Aldrete's scoring system. *Anesth Analg*; 1999, 88: 1069-1072.

Anexos

Anexo I – Guião da entrevista semiestruturada

Entrevista Semi-estruturada dirigida aos Enfermeiros do Serviço Urologia/Cirurgia vascular

Caro (a) Colega:

No âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, na Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica I, encontramos a realizar o estágio I e II, orientado pela Enfermeira I. N. e pela Professora Doutora A. R.

Propiciou-se a realizar um Projeto de Intervenção em Serviço, o qual terá como *locus* de estudo o Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular para o diagnóstico de situação, pretende-se conhecer a opinião dos enfermeiros, acerca dos cuidados prestados no recobro de forma a melhorar a qualidade desses mesmos cuidados aos doentes no recobro.

O seu contributo, através das respostas fornecidas é muito importante para o desenvolvimento deste projeto. Peço autorização para gravar as suas respostas, as quais não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação. Asseguro-lhe, desde já, a máxima confidencialidade e o anonimato, sendo os dados globais divulgados só no âmbito do presente trabalho.

A sua participação é muito importante para este estudo, no entanto se por qualquer razão, não quiser participar, ou quiser desistir tem todo o direito de o fazer e agradece-se de igual modo a sua atenção.

Grato pela sua colaboração.
Robert Sousa Teixeira
Almada, 2014

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que me foram fornecidos todos os esclarecimentos importantes para decidir se participaria no presente trabalho de projeto, através da realização de uma entrevista que vai ser gravada em suporte áudio. Fui claramente informado(a) sobre os objetivos da investigação, tendo-me sido garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Deste modo, declaro que concordo com o solicitado e a minha participação é de livre vontade.

Após ler a contextualização do estudo e os seus objetivos:

Aceito participar no mesmo ____ Não aceito participar no mesmo ____

Guião da Entrevista semiestruturada

- 1- Qual a sua opinião acerca da admissão e alta de doentes no recobro? Sente dificuldades neste âmbito?
- 2 - Considera que seria útil alterar alguns aspetos? Quais?
- 3 - Qual a sua opinião acerca da possibilidade de haver um protocolo de critérios de entrada e saída de doentes do recobro? Que vantagens?

Anexo II – Protocolo de critérios admissão e alta dos doentes no recobro

<i>Urologia/Cirurgia Vascular</i>	NORMA DE PROCEDIMENTO UROL –	POL Nº 0XXX ou NPG Nº 1XXX ou NOC Nº 2XXX
-----------------------------------	---	---

APROVAÇÃO

ASSUNTO:	PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DE ADMISSÃO E ALTA DE DOENTES NO RECOBRO DE UROLOGIA/CIRURGIA VASCULAR
FINALIDADE :	Uniformizar os procedimentos e práticas referentes aos cuidados de enfermagem ao utente na admissão e alta do recobro
DESTINATÁRIOS:	Enfermeiros
PALAVRAS-CHAVE:	Critérios de admissão e alta; Recobro; Enfermagem

Autor (es)	Robert Teixeira	Data de elaboração	2014.11.15
Verificação C. Qualidade		Data de Verificação	
Aprovação	Jaquelina Barros	Data de Aprovação	2014.12.05
Divulgação	Jaquelina Barros	Data de Divulgação	2014.12.15
Versão	1	Data de Revisão	

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

REGISTO DE ALTERAÇÕES

Versão Nº	Data de elaboração	Data de divulgação	Elaborado por	Motivo da Alteração
1	2014.11.15	2014.12.15	Robert Teixeira	Criação da Norma

OBJECTIVOS

- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes no recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular;
- Aprofundar e compreender os sinais e sintomas dos doentes presentes no recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular, nomeadamente no momento da admissão e alta.

MATERIAL A UTILIZAR

- Folha de Registo de Enfermagem dos Critérios de Admissão e Alta do Recobro de Urologia/Cirurgia Vascular;
- Critérios de admissão e alta dos doentes do Recobro de Urologia/Cirurgia Vascular.

CONCEITO

Os cuidados de enfermagem no recobro devem assentar em dois pilares fundamentais para a manutenção da qualidade: promoção da segurança e adoção de medidas de promoção do conforto e bem-estar do doente. A finalidade da sua atuação consiste na redução da mortalidade e morbilidade dos doentes cirúrgicos e diminuir os dias de hospitalização necessária, pós cirurgia. Os objetivos principais dos cuidados de enfermagem deverão ser: responder às necessidades do doente durante o período de permanência no recobro; proporcionar uma avaliação crítica permanente do pós-operatório; antecipar e prevenir as possíveis complicações anestésicas e cirúrgicas; possibilitar a atuação imediata de elevada competência em situação de complicações; estabelecer um elo de ligação com a família do doente (Henriques, 2011).

Quando recebe o doente na unidade, o enfermeiro deve fazer uma avaliação inicial do seu estado físico e psíquico, através da colheita de dados, exame físico, revisão dos registos efetuados e informações transmitidas pelos elementos do bloco operatório (AESOP, 2006; Rothrock, 2008). Depois da avaliação inicial, o enfermeiro deverá estabelecer os diagnósticos de enfermagem e elaborar um plano de cuidados, com as atividades a desenvolver, para atingir os

objetivos propostos para aquele doente específico; aplicá-lo e avaliar os resultados (antes da alta do doente do recobro). O enfermeiro tem de ter boa capacidade de observação, rapidez de raciocínio, organização, ponderação nas decisões; capacidade de adaptação a novas situações (AESOP, 2006).

Os diagnósticos de enfermagem estabelecidos no recobro referem-se, assim, à: vigilância, manutenção e/ou melhoria da função cárdio-circulatória; vigilância, manutenção e/ou melhoria da função renal e equilíbrio hidroelectrolítico; vigilância e deteção precoce de alterações ao nível do estado de consciência; avaliação, prevenção e tratamento da dor; promoção e manutenção do bem-estar físico; promoção e manutenção do bem-estar psicológico e espiritual (doente e família); vigilância, prevenção e/ou melhoria das alterações da função motora; vigilância, prevenção e/ou melhoria da integridade de pele e mucosas e vigilância/melhoria da situação de náuseas e/ou vómitos. O plano de cuidados pode ser dinâmico em função da resposta do doente e deve prever sempre a preparação do momento da alta do recobro (AESOP, 2006; Henriques, 2011).

Como tal, a prestação de cuidados de enfermagem seguros, efetivos e com qualidade, de acordo com os critérios descritos, deve ser garantida pela dotação dinâmica dos enfermeiros do recobro.

DESCRIÇÃO

O documento dos critérios de admissão e alta do recobro de Urologia/Cirurgia Vascular (ver anexo 1), é destinado aos doentes submetidos a cirurgias específicas de ambas as especialidades, e por instabilidade hemodinâmica.

Princípios gerais de como preencher a folha de critérios de admissão do doente no recobro do serviço de cirurgia vascular/urologia:

- No momento da chegada do doente ao serviço de Urologia e Cirurgia vascular, intervencionado a uma cirurgia programada ou em tempo de urgência, vindo do Bloco Operatório, avaliar o doente no seu todo, preenchendo a folha de critérios de admissão

para o recobro, com intuito de realizar uma rápida triagem dos doentes a necessitarem de recobro:

A – Colocar a etiqueta do respectivo doente;

B – Preencher os campos deste item;

C – Seleccionar em torno da opção que o doente se apresenta no momento da sua chegada, vindo do Bloco operatório;

D – Colocar a pontuação total, realizado na categoria anterior

Observações: Colocar neste campo, se algum doente não foi para o recobro por inconformidade com os critérios de admissão

Descrição dos itens de cada grupo da Folha de critérios de admissão do doente no recobro (Cirurgia Vascular):

A – Colocar a etiqueta do respectivo doente;

B – Colocar a data de entrada no recobro e a hora; seleccionar se a cirurgia intervencionada foi programada ou de urgência e para que unidade foi colocado (A, B, C ou D); colocar o diagnóstico da admissão do doente no serviço; colocar a cirurgia realizada.

C – Critérios de admissão do doente no recobro de acordo com a Escala de Admissão:

1 – Anestesia:

- Geral – 2pts (Inalatória, Endovenosa e Balanceada);
- Raquianestesia/Bloqueio Subaracnoídeo – 1pt;
- Local – 0pt;

2 – Procedimento Cirúrgico:

- Critério Major – 2pts (Urologia: Cistectomia Radical com conduto ileal, Ressecção Transureteral da Beixga (RTU-V), Prostatectomia Radical, Prostatectomia Retropúbica, Ressecção Transureteral da Próstata (RTU-P) e Nefrectomia/Nefro-Ureterectomia; Cirurgia Vascular: *Endovascular aneurysm repair* (EVAR), Aneurismectomia, Endarterectomia Carotídeo, Bypass Femoro-Poplíteu, Bypass Femoro-Femoral, Bypass Axilo-Femoral, Bypass Aorto Bi-femoral);

- Critério Médio – 1pt (Cirurgia Vascular: Amputação Coxa Supra/Genicular, Endarterectomia Artéria Femoral Superficial, Trombo/embolectomia com ou sem fasciotomia, Correção Falso Aneurisma, Simpaticectomia);

- Critério Minor – 0pt (Urologia: Colocação/Substituição/Retirada do Cateter Ureteral, Uretrotomia Interna, Circuncisão, Biópsia do Pênis, Nesbitt, Orquidectomia Uni/Bilateral, Excisão Hidrocelo/Varicocelo, *Transobturator tape procedures* (TOT), Nefrostomia Per-Cutânea; Cirurgia Vascular: Angioplastia, Construção Fistula Arterio-Venosa (FAV), Amputação Transmetatársica/Falange/Trânsfalange/Dedo, Limpeza e desbridamento de uma ferida com ou sem enxerto de pele e Safenectomia/Extração de Trajectos/Stripping das Varizes Uni/Bilateral).

3 – Antecedentes Pessoais:

- Cardiovascular – 2pts (Angina de Peito estável ou instável, Cardiopatia Isquêmica, Enfarte Agudo Miocárdio (EAM), Insuficiência Cardíaca, Arritmia, Hipertensão, Bloqueios Cardíacos (I,II ou III grau) com pacemaker ou não e cardio desfibrilhador interno – CDI); e Respiratório (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), como por exemplo Asma Brônquica, Enfisema Pulmonar com utilização de oxigenoterapia no domicílio ou não e bronquite, entre outros);
- Neurológico – 1pt (Acidente Isquêmico Transitório (AIT), Acidente Vascular Cerebral (AVC) com ou sem sequelas, epilepsia e demência;
- Sem antecedentes pessoais ou relacionados com anteriormente descrito – 0pt.

4 – Acessos Periféricos:

- Presença de Linha Arterial (LA) – 2pts;
- Presença de Cateter Venoso Central (CVC) – 1pt;
- Presença de Cateter Venoso Periférico (CVP) – 0pt.

5 – Suporte Respiratório – Oxigenoterapia:

- Presença de Máscara – 2pts (Máscara Facial simples, Máscara de Venturi e Máscara de Hudson – de alto débito);
- Presença Óculos Nasais – 1pt;
- Sem aporte de O₂ – 0pt.

6 – Frequência Cardíaca:

- Valores < 39bpm / > 121bpm – 2pts;
- Valores entre 40-49bpm / 101-120bpm – 1pt;

- Valores entre 50-100bpm – 0pt;

7 – Frequência Respiratória:

- < 9 c/min ou > 35 c/min – 2pts;
- Valores entre 15 -34 c/min – 1pt;
- Valores entre 10 – 14 c/min – 0pt.

8 – Tensão Arterial:

- Tensão Arterial Sistólica (TAS) < 89mmHg / > 170mmHg – 2pts;
- Valores de tensão arterial sistólica (TAS) entre 90 – 109mmHg / 141 – 169mmHg – 1pt;
- Valores de tensão arterial sistólica (TAS) entre 110 – 140mmHg – 0pt;

9 – Estado de Consciência (anexo 3)

- Escala de Glasgow < ou = 8 – 2pts;
- Valores de Escala de Glasgow entre 9 - 14 – 1pt;
- Escala de Glasgow = 15 – 0pt;

10 – Perda Sanguínea – Drenos (Volume Drenado no Bloco Operatório/Unidade Cuidados Pós Cirúrgico - UCPA):

- > 100cc de conteúdo hemático/cero-hemático – 2pt;
- Valores entre 50 – 99cc de conteúdo hemático/cero-hemático – 1pt;
- < 49cc de conteúdo hemático/cero-hemático – 0pt.

11 – Perda Sanguínea – Ferida Cirúrgica (Reforço/Mudança de Pensos no Bloco Operatório/Unidade Cuidados Pós Cirúrgico – UCPA):

- Reforçado ou mudado o penso operatório 3 ou mais vezes – 2pts;
- Reforçado ou mudado o penso operatório 1 a 2 vezes – 1pt;
- Não foi reforçado, nem mudado o penso operatório, ou penso sombreado, tendo sido delimitado, mas sem necessidade de reforçar ou mudar – 0pt.

12 – Perda Sanguínea – Sistema Urogenital:

- Presença de urina hemática com ou sem lavagem contínua – 2pts;
- Presença de urina rosado com ou sem lavagem contínua – 1pt;
- Presença de urina amarelo claro ou aguarda a primeira micção após a cirurgia – 0pt.

13 – Suporte Farmacológico (À chegada ou realizado no Bloco Operatório/Unidade Cuidados Pós Cirúrgico – UCPA):

- Realizado fármacos do Grupo II, nomeadamente: Inotrópicos, Vasodiladores, Antiarrítmicos, Bicarbonatos, Trombolíticos, Dreno torácico e Aspiração – 2pts;
- Realizado fármacos do Grupo I – Naloxona, Corticosteróides, Manitol e Analgésicos – 1pt;
- Nenhum dos acima mencionados – 0pt.

D – Preencher neste campo a Escala de Admissão a pontuação total, após somar os itens de 1 a 13.

Observações: Colocar neste campo, se algum doente não foi para o recobro por inconformidade com os critérios de admissão

Interpretação dos resultados:

Na escala de admissão pré-cirúrgico/pós-cirúrgico/instabilidade hemodinâmico (Urologia / Cirurgia Vascular):

- Aplicar ao doente regressado do bloco operatório, os critérios de admissão no recobro, e se tiver pontuação igual ou superior a 8 pontos, o mesmo têm critérios para ir para o recobro;
- Aplicar ao doente regressado do bloco operatório, os critérios de admissão no recobro, e se tiver pontuação inferior a 8 pontos, o doente não tem critérios para ir para o recobro, ficando na enfermaria;
- Ao aplicar ao doente regressado do bloco operatório, os critérios de admissão no recobro e se tiver pontuação igual ou superior a 8 pontos, e se a lotação do recobro tiver no máximo, utilizar a escala de alta para os doentes que estão no recobro, e se algum dos doentes tiver pontuação superior a 12pts, colocar esse doente na enfermaria em detrimento do doente regressado do bloco operatório, quando e se possível;
- Se tiver dois doentes com pontuações/critérios de ir para o recobro, mas o recobro apresenta apenas uma vaga, colocar o primeiro doente regressado do bloco operatório no recobro. Quando regressar o segundo doente utilizar, a escala de alta para os doentes que estão no recobro, para poder avaliar se o doente pode ser transferido para a enfermaria;

- Se tiver pontuação igual ou superior a 8 pontos, e se a lotação do recobro tiver no máximo, e os doentes que estão no mesmo, não tiverem pontuação para sair do recobro após aplicar a escala de alta, colocar o doente vindo do bloco operatório na enfermaria, utilizando o monitor portátil;

O documento dos critérios de alta do recobro de Urologia/Cirurgia Vascular (ver anexo 2), é destinado aos doentes que estão no recobro, que por melhoria do seu estado clínico/hemodinâmico, possam ser transferidos para a enfermaria.

Princípios gerais de como preencher a folha de critérios de alta do doente do recobro do serviço de cirurgia vascular/urologia:

- No momento da alta do doente do recobro, preencher os seguintes campos relacionados com os critérios de alta (anexo 2) no dia posterior à data da cirurgia, no turno da Manhã:

E – – Seleccionar em torno da opção que o doente se apresenta no momento da alta do recobro, em todos os itens de 1 a 8;

F - Colocar a pontuação total, realizado na categoria anterior;

Observações: Colocar neste campo, se algum doente teve alta do recobro por inconformidade com os critérios de admissão.

Descrição dos itens de cada grupo da Folha de critérios de alta do doente do recobro (Cirurgia Vascular):

E – Critérios de Saída do doente do recobro de acordo com a escala de alta igual ou superior a 12:

1 – Nível de consciência (avaliar o estado de consciência do doente):

- Acordado - (2 pts);
- Despertável à estimulação mínima – estimulação verbal e/ou tátil - (1 pt);
- Resposta a estímulos dolorosos/sem resposta (0 pts);

2 – Estabilidade Hemodinâmica:

- Valores de tensão arterial sistólica (TAS) entre 110 – 140mmHg - (2 pts);
- Valores de tensão arterial sistólica (TAS) entre 90 – 109mmHg / 141 – 169mmHg - (1 pt);
- Tensão Arterial Sistólica (TAS) < 89mmHg / > 170mmHg - (0 pt);

3 – Estabilidade Respiratória:

- Valores entre 10 – 14 c/min - (2 pts);
- Valores entre 15 -34 c/min - (1 pt);
- < 9 c/min ou > 35 c/min - (0 pts).

4 – Saturação periférica de Oxigénio:

- Saturação O2 > ou = 92% a ar ambiente - (2 pts);
- Saturação O2 > ou = 90% com aporte de O2 - (1 pt);
- Saturação O2 < 89% com aporte de O2 - (0 pts).

5 – Frequência Cardíaca:

- FC entre os valores 50-100bpm - (2 pts);
- FC entre 40-59bpm / 101-120bpm - (1 pt);
- FC < 39bpm / > 121bpm (0 pt).

6 – Dor (Avaliação da escala de dor segundo a escala numérica, ver anexo 4):

- VAS< ou = 3 - (2 pts);
- VAS 4-7 - (1pt);
- VAS> ou = 8 - (0 pt).

7 – Perda Sanguínea (ferida cirúrgica):

- Sem necessidade de mudança de penso cirúrgico - (2 pts);
- Mudança de penso cirúrgico 1 a 2 vezes– primeiro o penso é delimitado, depois reforçado e só depois é mudado - (1pt);
- Mudança de penso cirúrgico 3 vezes – primeiro o penso é delimitado, depois reforçado e só depois é mudado - (0pt).

8 – Perda Sanguínea (sistema urogenital):

- Presença de urina amarelo claro ou aguarda a primeira micção após a cirurgia - (2 pts);
- Presença de urina rosado com ou sem lavagem contínua - (1 pt);
- Presença de urina hemática com ou sem lavagem contínua – (0 pt).

F - Preencher neste campo a Escala de Alta a pontuação total, após somar os itens de 1 a 8.

Observações: Colocar neste campo, se algum doente não foi para o recobro por inconformidade com os critérios de alta

Interpretação dos resultados:

Na escala de alta dos doentes do recobro:

- Se o doente tiver pontuação (critérios de alta) igual ou superior a 12 pontos, o doente poderá sair do recobro para a enfermaria;
- Se o doente tiver pontuação (critérios de alta) inferior a 12 pontos, o doente não poderá sair do recobro.

Exceções:

Urologia:

- Na cirurgia Cistectomia Radical com conduto ileal, o doente permanece no recobro 48 a 72 horas, para uma maior vigilância devido ao risco de instabilidade hemodinâmica e as suas complicações pós-cirúrgicas. Ao fim das 48-72 horas, é feita uma avaliação do doente por parte do médico assistente e enfermeiro responsável do mesmo, utilizando os critérios de alta, para que o doente seja transferido para a enfermaria.

Cirurgia Vascular:

- Na cirurgia Aneurismectomia, o doente permanece no recobro 48 horas, para uma maior vigilância devido ao risco de instabilidade hemodinâmica e as suas complicações pós-cirúrgicas. Ao fim das 48 horas, é feita uma avaliação do doente por parte do médico assistente e enfermeiro responsável do mesmo, utilizando os critérios de alta, para que o doente seja transferido para a enfermaria.

Urologia/Cirurgia Vascular:

- Numa eventualidade de um doente que está na enfermaria, apresentar um episódio de instabilidade hemodinâmica (variação de tensão arterial (TAS < 89mmHg / > 170mmHg), frequência cardíaca (Valores < 39bpm / > 121bpm), frequência respiratória (< 9 c/min ou > 35 c/min) e/ou saturação periférica (< 89% com aporte de O₂), apresentar dor pré-cordial, hemorragia activa em grande quantidade (sutura operatória e/ou do sistema urogenital) e alteração do estado de consciência súbito (Escala de Glasgow < ou = 8) que necessitam de uma vigilância pormenorizada/continua, aplicar os critérios de alta aos doentes que estão no recobro, para poder proceder a sua respectiva alta para a enfermaria (pontuação superior a 12pontos; em caso de existir mais do que um doente com pontuação superior a 12pontos, o doente que apresentar pontuação maior dos doentes que tem superior a 12pontos, é o eleito para ter alta do recobro) para posteriormente fazer entrar o doente que está instável.

Bibliografia

AESOP, 2006 – Disponível em www.aesop-enfermeiros.org/. Consultado a 20-05-14.

AMERICAN COLLEGE OF CRITICAL CARE MEDICINE OF THE SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE: Guidelines on admission and discharge for adult intermediate care units. Crit Care Med 1998; pág. 607-610.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Cunha, M. J. S. (2009). *Investigação Científica. Os passos da Investigação Científica no Âmbito das Ciências Sociais e Humanas*. Vila Real: Ousadias.

Marshall, S.I.; Chung, F. (1999). Discharge Criteria and Complications After Ambulatory Surgery. *Anesth Analg*, 88: 508-17.

B
Data de Entrada ____/____/20____ Hora: ____:____
Unidade: ____ P ____ U ____
Diagnóstico: _____
Cirurgia: _____

A
IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

C
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO - RECOBRO UROLOGIA / CIRURGIA VASCULAR

ESCALA DE ADMISSÃO					
1. Anestesia		6. Frequência Cardíaca		11. Perda Sanguínea - Ferida Cirúrgica (Reforço/Mudança de Pensos no BO/UCPA)	
Geral	2	< 39bpm / > 121bpm	2	3 vezes	2
Raqui	1	Entre 40-49bpm / 101-120bpm	1	Entre 1 a 2 vezes	1
Local	0	Entre 50 - 100bpm	0	Nenhuma vez	0
2. Procedimento Cirúrgico		7. Frequência Respiratória		12. Perda Sanguínea - Sistema Urogenital	
Crítério Major	2	FR <9 c/min ou FR >35 c/min	2	Urina hemática com ou sem lavagem contínua	2
Crítério Médio	1	Entre 15 - 34 c/min	1	Urina rosado com ou sem lavagem contínua	1
Crítério Minor	0	Entre 10 - 14 c/min	0	Urina amarelo claro/alaranjado	0
3. Antecedentes Pessoais		8. Tensão Arterial		13. Suporte Farmacológico (A chegada ou realizado no BO/UCPA)	
Cardiovascular/Respiratório	2	TAS < 89mmHg / > 170mmHg	2	Grupo II*	2
Neurológico	1	TAS entre 90 -109mmHg / 141 - 169mmHg	1	Grupo I*	1
Sem antecedentes	0	TAS entre 110 - 140mmHg	0	Nenhum dos acima mencionados	0
4. Acessos Periféricos		9. Estado de Consciência		* Grupo I – Naloxona, Corticosteroides, Mantol e Analgésicos * Grupo II – Inotrópicos, Vasodiladores, Antiarrítmicos, Bicarbonatos, Trombolíticos, Dreno torácico e Aspiração e Hemodrenados	
Linha Arterial	2	Escala de Glasgow < ou = 8	2		
Cateter Venoso Central	1	Escala de Glasgow entre 9 e 14	1		
Cateter Venoso Periférico	0	Escala de Glasgow = 15	0		
5. Suporte Respiratório - Oxigenoterapia		10. Perda Sanguínea – Drenos (Volume drenado no BO/UCPA)			
Máscara	2	> 100cc	2		
Oculos Naisais	1	Entre 50 - 99cc	1		
Sem suporte de O2	0	< 49cc	0		

D
ESCALA DE ADMISSÃO PÓS-CIRÚRGICO = ou > 8 PTS
Total: _____

OBSERVAÇÕES:

Enfermeiro _____
 N° Mecanográfico _____

E

CRITÉRIOS DE ALTA - RECOBRO UROLOGIA / CIRURGIA VASCULAR

ESCALA DE ALTA

1. ESTADO DE CONSCIÊNCIA		5. FREQUÊNCIA CARDÍACA	
Acordado	2	Entre 50 – 100bpm	2
Despertável à estimulação mínima	1	Entre 40-49bpm / 101 - 120bpm	1
Resposta a estímulos dolorosos/sem resposta	0	Entre < 39bpm / > 121bpm	0
2. ESTABILIDADE HEMODINÂMICA		6. DOR	
TAS entre 110 - 140mmHg	2	VAS < ou = 3	2
TAS entre 90 - 109mmHg / 141 - 169mmHg	1	VAS 4-7	1
TAS < 89mmHg / > 170mmHg	0	VAS > ou = 8	0
3. ESTABILIDADE RESPIRATÓRIA		7. PERDA SANGÜÍNEA – FERIDA CIRÚRGICA	
Entre 10 - 14 c/min	2	Sem mudança de penso cirúrgico	2
Entre 15 - 34 c/min	1	Mudança de penso cirúrgico 1 a 2 vezes	1
FR < 9 c/min ou FR > 35 c/min	0	Mudança de penso cirúrgico > 3 vezes	0
4. SATURAÇÃO PERIFÉRICA		8. PERDA SANGÜÍNEA – SISTEMA UROGENITAL	
> ou = 92% sem aporte O ₂	2	Urina amarelo claro/alaranjado	2
> ou = 90% com aporte O ₂	1	Urina rosado com ou sem lavagem contínua	1
< ou = 89% com aporte O ₂	0	Urina hemática com ou sem lavagem contínua	0

F

ESCALA DE ALTA = ou > 12 PTS

Total: _____

OBSERVAÇÕES:

ALTA

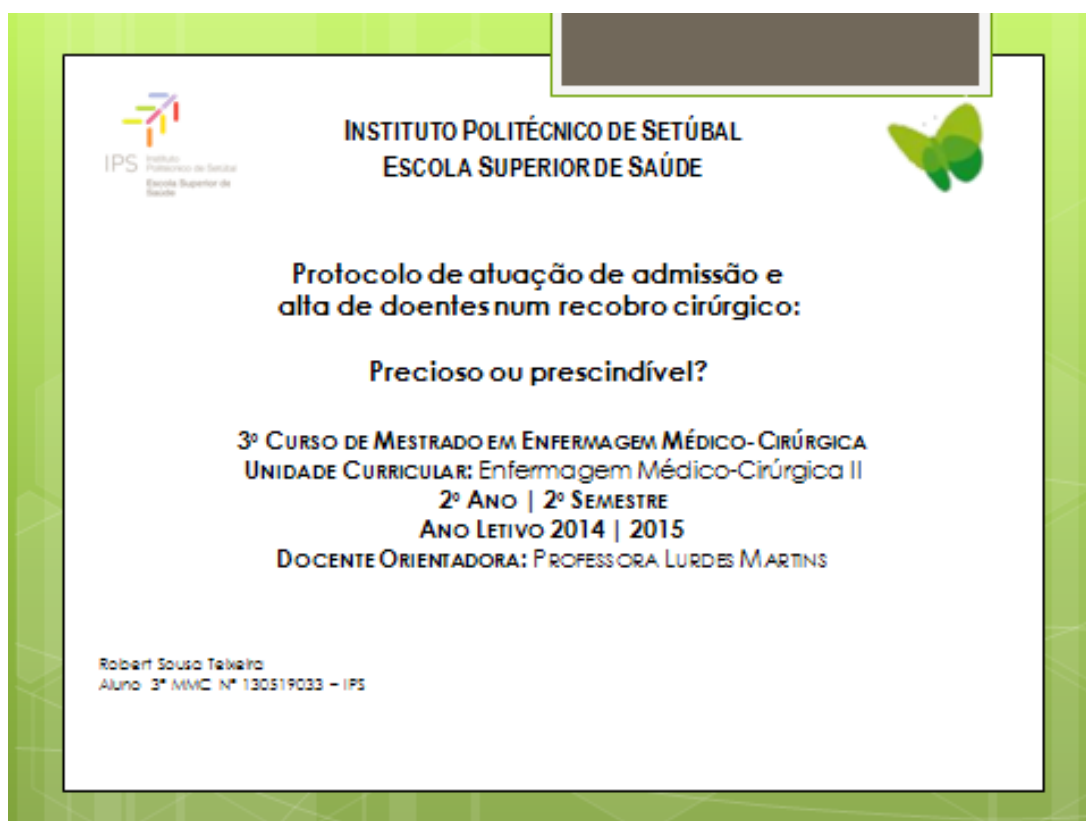
Hora: ____/____/____

Data: ____/____/20____

Enfermeiro _____

Nº Mecanográfico _____

Anexo III – Formação em Serviço - Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?



Sumário

Objectivos

1. Recobro
2. Diagnóstico de Situação
3. Análise do Problema
4. Implementação – Critérios de Admissão e Alta
5. Conclusão
6. Bibliografia

Objetivos

Objetivo Geral

- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes no recobro de um Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular.

Objetivo Específicos

- Elaborar um protocolo, com critérios de admissão e alta de doentes;
- Elaborar o documento de registos de enfermagem relativamente a permanência dos doentes no recobro, utilizando o protocolo com critérios de admissão e alta.

1. Recobro

- O recobro consiste numa unidade dotada de instalações, pessoal e equipamento que assegure os cuidados imediatos ao doente cirúrgico;
- Este período é tido como crítico e de grande vulnerabilidade para o doente, na medida em que existe a conjugação dos riscos associados à cirurgia e à anestesia e a suscetibilidade para o aparecimento de complicações.

(Lagae, Fonseca & Almeida, 2004):

1. Recobro

- A monitorização e vigilância permanente dos doentes por enfermeiros treinados são condições fundamentais para o sucesso do pós-operatório e cuidados aos doentes cirúrgicos que estão disponíveis no recobro, permitindo libertar as camas e os recursos das Unidades de Cuidados Intensivos para os doentes críticos mais complexos com falência multiorgânica.

(Fox, Quen-Smith & Ogilvie, 1999):

2. Diagnóstico de Situação

- Recobro ✓
- Recursos Humanos ✓
- Recursos Materiais ✓
- Critérios de Admissão ✗
- Critérios de Alta ✗
- Unidade de Cuidados Pós Cirúrgico ✗

3. Análise do Problema

População Alvo → Doentes do Recobro

Cirurgia Programadas → 2ª - 6ª Feira, Sábado Esporádico

Cirurgias de Urgência → Qualquer momento do dia

As patologias/cirurgias mais frequentes, que necessitam de recobro:

Cirurgia Vascular

- Isquemia crítica dos membros inferiores e superiores;
- Estenose da carótida;
- Aneurismas (aorta abdominal, popliteais, femorais, etc.);
- Tromboses dos respetivos bypass;
- Aterosclerose das artérias nativas.

Urologia

- Hipertrofia benigna da próstata;
- Tumor da próstata/vesical/renal.

3. Análise do Problema

Entrevista aos Enfermeiros



- Falta de uniformização/sistematização na seleção de doentes para admissão no recobro;
- Cuidados menos seguros, devido a seleção dos doentes a serem colocados no recobro ou na enfermaria, ao serem baseados em cuidados empíricos;
- Enfermeiros menos experientes ou recém-licenciados poderão ter dificuldade em realizar a triagem, uma vez que não se encontram definidos /padronizados os critérios de atuação;
- Atrasos na alta dos doentes do recobro;
- Atraso nos cuidados do Enfermeiro, quando este sente dificuldades ou dúvidas no momento de decidir se o doente necessita ou não de recobro e/ou no momento da alta do mesmo do recobro.

3. Análise do Problema

CrITÉRIOS de Admissão no Recobro



Escala Etxebarria Modificada (utilizado no Transporte de Doente Crítico)

CrITÉRIOS de Alta no Recobro



Escala de Aldrete (utilizado no UCPA)

4. Implementação

ESCALA DE ADMISSÃO				
1. Anamnese	2. Regulação Clínica	3. Regulação Respiratória	4. Regulação Hemodinâmica	5. Regulação de Temperatura
1. Anamnese	1. Anamnese	1. Anamnese	1. Anamnese	1. Anamnese
2. Anamnese	2. Anamnese	2. Anamnese	2. Anamnese	2. Anamnese
3. Anamnese	3. Anamnese	3. Anamnese	3. Anamnese	3. Anamnese
4. Anamnese	4. Anamnese	4. Anamnese	4. Anamnese	4. Anamnese
5. Anamnese	5. Anamnese	5. Anamnese	5. Anamnese	5. Anamnese
6. Anamnese	6. Anamnese	6. Anamnese	6. Anamnese	6. Anamnese
7. Anamnese	7. Anamnese	7. Anamnese	7. Anamnese	7. Anamnese
8. Anamnese	8. Anamnese	8. Anamnese	8. Anamnese	8. Anamnese
9. Anamnese	9. Anamnese	9. Anamnese	9. Anamnese	9. Anamnese
10. Anamnese	10. Anamnese	10. Anamnese	10. Anamnese	10. Anamnese
11. Anamnese	11. Anamnese	11. Anamnese	11. Anamnese	11. Anamnese
12. Anamnese	12. Anamnese	12. Anamnese	12. Anamnese	12. Anamnese
13. Anamnese	13. Anamnese	13. Anamnese	13. Anamnese	13. Anamnese
14. Anamnese	14. Anamnese	14. Anamnese	14. Anamnese	14. Anamnese
15. Anamnese	15. Anamnese	15. Anamnese	15. Anamnese	15. Anamnese
16. Anamnese	16. Anamnese	16. Anamnese	16. Anamnese	16. Anamnese
17. Anamnese	17. Anamnese	17. Anamnese	17. Anamnese	17. Anamnese
18. Anamnese	18. Anamnese	18. Anamnese	18. Anamnese	18. Anamnese
19. Anamnese	19. Anamnese	19. Anamnese	19. Anamnese	19. Anamnese
20. Anamnese	20. Anamnese	20. Anamnese	20. Anamnese	20. Anamnese
21. Anamnese	21. Anamnese	21. Anamnese	21. Anamnese	21. Anamnese
22. Anamnese	22. Anamnese	22. Anamnese	22. Anamnese	22. Anamnese
23. Anamnese	23. Anamnese	23. Anamnese	23. Anamnese	23. Anamnese
24. Anamnese	24. Anamnese	24. Anamnese	24. Anamnese	24. Anamnese
25. Anamnese	25. Anamnese	25. Anamnese	25. Anamnese	25. Anamnese
26. Anamnese	26. Anamnese	26. Anamnese	26. Anamnese	26. Anamnese
27. Anamnese	27. Anamnese	27. Anamnese	27. Anamnese	27. Anamnese
28. Anamnese	28. Anamnese	28. Anamnese	28. Anamnese	28. Anamnese
29. Anamnese	29. Anamnese	29. Anamnese	29. Anamnese	29. Anamnese
30. Anamnese	30. Anamnese	30. Anamnese	30. Anamnese	30. Anamnese
31. Anamnese	31. Anamnese	31. Anamnese	31. Anamnese	31. Anamnese
32. Anamnese	32. Anamnese	32. Anamnese	32. Anamnese	32. Anamnese
33. Anamnese	33. Anamnese	33. Anamnese	33. Anamnese	33. Anamnese
34. Anamnese	34. Anamnese	34. Anamnese	34. Anamnese	34. Anamnese
35. Anamnese	35. Anamnese	35. Anamnese	35. Anamnese	35. Anamnese
36. Anamnese	36. Anamnese	36. Anamnese	36. Anamnese	36. Anamnese
37. Anamnese	37. Anamnese	37. Anamnese	37. Anamnese	37. Anamnese
38. Anamnese	38. Anamnese	38. Anamnese	38. Anamnese	38. Anamnese
39. Anamnese	39. Anamnese	39. Anamnese	39. Anamnese	39. Anamnese
40. Anamnese	40. Anamnese	40. Anamnese	40. Anamnese	40. Anamnese
41. Anamnese	41. Anamnese	41. Anamnese	41. Anamnese	41. Anamnese
42. Anamnese	42. Anamnese	42. Anamnese	42. Anamnese	42. Anamnese
43. Anamnese	43. Anamnese	43. Anamnese	43. Anamnese	43. Anamnese
44. Anamnese	44. Anamnese	44. Anamnese	44. Anamnese	44. Anamnese
45. Anamnese	45. Anamnese	45. Anamnese	45. Anamnese	45. Anamnese
46. Anamnese	46. Anamnese	46. Anamnese	46. Anamnese	46. Anamnese
47. Anamnese	47. Anamnese	47. Anamnese	47. Anamnese	47. Anamnese
48. Anamnese	48. Anamnese	48. Anamnese	48. Anamnese	48. Anamnese
49. Anamnese	49. Anamnese	49. Anamnese	49. Anamnese	49. Anamnese
50. Anamnese	50. Anamnese	50. Anamnese	50. Anamnese	50. Anamnese

4. Implementação

ESCALA DE ADMISSÃO PÓS-CIRÚRGICO = ou > 8 PTS

Total: _____

4. Implementação

ESCALA DE ALTA		
1. ESTADO DE CONSCÊNCIA	2. FREQUÊNCIA CARDÍACA	
Acordado	Entre 60 - 100bpm	2
Despertável à estimulação verbal	Entre 60-69bpm / 101 - 120bpm	1
Resposta a estímulos dolorosos/sem resposta	Entre <60bpm / > 120bpm	0
3. ESTADO DE HEMODINÂMICA	4. DOR	
TAS entre 110 - 140mmHg	VAS < ou = 2	2
TAS entre 90 - 109mmHg / 141 - 160mmHg	VAS 3-7	1
TAS < 89mmHg / > 170mmHg	VAS > ou = 8	0
5. ESTADO DE RESPIRAÇÃO	6. PERDA SANGÜÍNEA - PERDA ORÇÉGICA	
Entre 10 - 14 c/min	Sem mudança de penso orgão	2
Entre 15 - 24 c/min	Mudança de penso orgão 1 a 2 vezes	1
Rt < 9 c/min ou Rt > 25 c/min	Mudança de penso orgão > 2 vezes	0
7. SATURAÇÃO PULSÁTIL	8. PERDA SANGÜÍNEA - ESTIMA UROGENITAL	
> ou = 92% sem aporte O ₂	Urina amarela clara/alaranjada	2
> ou = 90% com aporte O ₂	Urina rosada com ou sem lavagem contínua	1
< ou = 89% com aporte O ₂	Urina hemática com ou sem lavagem contínua	0

ESCALA DE ALTA = ou > 12 PTS

Total: _____

5. Conclusão

- A criação dos critérios para a admissão e alta de doentes do recobro pretende ser um contributo como guia e instrumento de consulta para benefício da prática de enfermagem;
- É facto que a existência destes critérios no serviço estabelece métodos de trabalho e conduz à uniformidade dos cuidados prestados, tomando ao mesmo tempo os cuidados mais seguros, servindo de guia ao desempenho de cada enfermeiro;
- Serão igualmente úteis no processo de integração de novos elementos, possibilitando a cada um compreender quais as funções que lhe competem no seu desempenho profissional.

Bibliografia

- AESOP, 2006 – Disponível em www.aesop-enfermeiros.org/. Consultado a 20-09-14.
- AMERICAN COLLEGE OF CRITICAL CARE MEDICINE OF THE SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE: Guidelines on admission and discharge for adult intermediate care units. Crit Care Med 1998; pág. 607-610.
- Cunha, M. J. S. (2009). *Investigação Científica. Os passos da Investigação Científica no Âmbito das Ciências Sociais e Humanas*. Vila Real: Cuscalis.
- FOX AJ; OWEN-SMITH O; SPIERS P. The immediate impact of opening an adult high dependency unit on intensive care unit occupancy. Anaesthesia 1999; pág. 280-283
- LAGES, N.; FONSECA, C. & ABEHA, F. - Unidade de cuidados pós anestésicos - Tempo de definir novos conceitos? Revista SPA, 2006, vol. 15, 4: 18-26.
- Marshall, S.J.; Chung, F. (1999). Discharge Criteria and Complications After Ambulatory Surgery. Anesth Analg, 88: 508-17.

Obrigado pela vossa atenção!! 😊

Anexo IV – Cronograma das Atividades

Cronograma das atividades a desenvolver no estágio I,II e III - Projeto de Intervenção no Serviço do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular.

		2014/2015									
Objetivos	Atividades a Desenvolver	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Set	Out	Nov	Dez	Jan
Elaboração do protocolo, com critérios de admissão e alta de doentes do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular num Hospital da Margem Sul	Realização de pesquisa sobre a elaboração de protocolos de admissão e alta de doentes de um recobro										
	Pesquisa sobre a orgânica funcional do recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular, através de observação direta e da entrevista à enfermeira chefe e à orientadora										
	Recolha e organização de documentação de cariz científico pertinente a incluir no protocolo;										
	Envolvimento da Equipa de Enfermagem e Médica na elaboração e revisão de critérios de admissão e alta de doentes do recobro, a incluir no protocolo para o Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular;										
	Elaboração do protótipo do protocolo (I);										
	Discussão do protótipo (I) com a chefia do serviço, orientadora de estágio e professora orientadora e médica;										
	Recolha de sugestões cerca do protótipo do protocolo (I);										
	Elaboração do protótipo do Protocolo (II);										
	Discussão do protótipo (II) com a chefia do serviço, orientadora de estágio e professora médica;										
	Recolha de sugestões cerca do protótipo do protocolo (II);										
	Construção da versão final da estrutura do protocolo para o recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular;										
	Realização de uma formação interna sobre os critérios de entrada e saída de doentes do recobro, tendo como formandos/destinatários os enfermeiros do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular;										
	Apresentação/Divulgação do Protocolo à equipa de enfermagem e médica do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular;										
	Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica no recobro										

TRABALHO PROJETO: Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Robert Teixeira

Objetivos	Atividades a Desenvolver	Mês											
		Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
Elaboração do documento de registos de enfermagem relativamente a permanência dos doentes no recobro, utilizando o protocolo com critérios de admissão e alta de doentes do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular.	Pesquisa bibliográfica acerca das temáticas referenciadas como prioritárias no estudo exploratório na fase diagnóstica;												
	Organiza matérias de cariz científico sobre critérios de admissão e alta dos doentes no recobro;												
	Seleciona os critérios de admissão e alta de doentes do recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular a incluir no protocolo;												
	Construção de um protótipo do documento de registos de enfermagem relativamente a permanência dos doentes no recobro, utilizando o protocolo com critérios de admissão e alta de doentes do recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular;												
	Distribuição e discussão do protótipo do documento à Equipa de Enfermagem, Enfermeira Chefe do Serviço, Professora orientadora de estágio, Enfermeira Especialista orientadora do estágio;												
	Elaboração da versão final do documento de registos de enfermagem relativamente a permanência dos doentes no recobro, utilizando o protocolo com critérios de admissão e alta de doentes do recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular;												
	Apresentação/Divulgação do documento de registos de enfermagem relativamente a permanência dos doentes no recobro, utilizando o protocolo com critérios de admissão e alta de doentes do recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular a equipa de enfermagem.												

Anexo V – Artigo Científico – Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?

3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS)

Robert Teixeira

robertsteixeira@gmail.com

Professora Doutora Lurdes Martins

Resumo

Enquadramento: O Projeto "Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?" surgiu pelo facto de exercermos no Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular de um Hospital da Margem Sul, onde se verifica a inexistência de critérios estabelecidos de admissão e alta dos doentes do recobro e da sistematização de cuidados, sendo que o próprio recobro não é visto como uma unidade de cuidados pós-cirúrgicos diferenciada, mas sim como uma extensão da "enfermaria". **Objetivo:** Melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes no recobro de um Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular, de um Hospital da Margem Sul. **Metodologia:** Para se poder proceder à elaboração do protocolo para o recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular, recorreu-se, em primeiro lugar, a uma auscultação da opinião dos enfermeiros que aí exercem e dos próprios responsáveis pela gestão, recorrendo-se, para tal, a uma entrevista semiestruturada, em contexto informal, bem como uma entrevista exploratória, de cariz informal, a alguns doentes. Realizámos também uma análise SWOT dos critérios existentes de admissão e de alta dos doentes do recobro. Recorreu-se à escala modificada de Aldrete, utilizada para a alta do doente nas unidades de cuidados pós-anestésicos, e à Escala de Etexbarria, utilizada no transporte de doente crítico. **Resultados:** A existência de um Protocolo com critérios de admissão e alta de doentes do recobro têm por base a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes no recobro de um Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular, de um Hospital da Margem Sul. **Conclusão:** Apesar de o Protocolo ainda estar na sua fase de implementação, um pouco embrionária, em termos de resultado, o protocolo está a revelar-se como um instrumento precioso e imprescindível para a garantia de cuidados de saúde com qualidade e segurança aos doentes e suas famílias.

Palavras-chave: Recobro; doentes; Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular; critérios; admissão; alta.

Abstract

Framework: The Project "of admission and discharge of patients in a surgical operation recovery Protocol: precious or dispensable" came in that we exercise in the Urology Service / Vascular Surgery of Hospital in the South Valley, where we find the lack of criteria for admission and discharge of patients in the recovery room and the systematization of care, and the recovery room itself is not seen as a unit of differentiated post-surgical care, but as an extension of "ward". **Objective:** To improve the quality of care provided to patients in the recovery room of a Urology Service / Vascular Surgery, Hospital in the South Valley. **Methodology:** In order to draw up the protocol to the recovery room the Urology Service / Vascular Surgery, was used, first, at a hearing of the opinion of nurses who pursue and own responsible for management, accordance, to this end, a semi-structured interview, in an informal context and an exploratory interview, informal nature, the some patients. Also conducted a SWOT analysis of the existing criteria for entry and exit from the recovery room patients. Resorted to scale modified Aldrete, used for high patient in the post-anesthesia care units, and Etexbarria Scale, used in the transport of critically ill patients. **Results:** The existence of a protocol with admission and discharge criteria of the recovery room patients are based on improving the quality of care provided to patients in the recovery room of a Urology Service / Vascular Surgery, Hospital in the South Valley. **Conclusion:** Although Protocol still in its implementation do, rather embryonic in terms of results, the protocol is proving itself as a valuable and indispensable tool for ensuring health care quality and safety for patients and their families.

Keywords: recovery room; patients; Urology Service / Vascular Surgery; criteria; admission; discharge.

Introdução

No âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), no ano letivo de 2014/2015, surge, como requisito académico, a realização de um Relatório de Trabalho de Projeto, cuja finalidade é demonstrar estratégias definidas e alcançadas para a

obtenção de competências enquanto enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem.

Como tal, a nossa escolha recaiu sobre o tema "Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?", o que se deve ao facto de se exercer no Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular de um Hospital da Margem Sul, onde se verifica a inexistência

de critérios estabelecidos de entrada e saída dos doentes do recobro e da sistematização de cuidados, sendo que o próprio recobro não é visto como uma unidade de cuidados pós-cirúrgicos diferenciada, mas sim como uma extensão da "enfermaria".

Importa também referir-se o facto de ser consensual, por parte dos enfermeiros que trabalham no Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular do referido Hospital e da própria Enfermeira Chefe, a necessidade de existência um protocolo com critérios estabelecidos de admissão e alta dos doentes do recobro com intuito de auxiliar e sistematizar os cuidados dos enfermeiros no momento da triagem dos doentes a necessitarem de recobro, ou seja, promover-se uma boa gestão do recobro; garantir cuidados mais seguros; facilitar aos enfermeiros menos experientes uma melhor realização da triagem dos doentes para o recobro; proporem-se critérios de atuação, de modo a evitar atrasos na saída dos doentes do recobro e diminuir, inclusive, o stresse e ansiedade dos doentes e seus familiares e/ou pessoa significativa.

O recobro

O recobro de um doente denomina-se como o período que começa no fim de uma cirurgia até à recuperação do estado fisiológico pré-operatório do doente (Marshall & Chung, 1999). Os doentes passam a ser transferidos do bloco operatório para um local com meios técnicos necessários de modo a promover uma monitorização *standard*, um controlo das náuseas e vômitos e uma vigilância de complicações pós-operatórias.

O recobro consiste numa unidade dotada de instalações, pessoal e equipamento que assegure os cuidados imediatos ao doente cirúrgico. Por conseguinte, o período de

recobro pós-anestésico consiste no intervalo de tempo que se segue imediatamente a um ato terapêutico e/ou diagnóstico efetuado sob anestesia geral, loco-regional ou sedação (Lages, Fonseca & Abelha, 2006). Este período é tido como crítico e de grande vulnerabilidade para o doente, na medida em que existe a conjugação dos riscos associados à cirurgia e à anestesia e a suscetibilidade para o aparecimento de complicações (Lages, Fonseca & Abelha, 2006).

Este período é tido como crítico e de grande vulnerabilidade para o doente, na medida em que existem a conjugação dos riscos associados à cirurgia e à anestesia e a suscetibilidade para o aparecimento de complicações (Associação dos Enfermeiros das Salas Operatórias - AESOP, 2006). Na medida em que cerca de 50% dos acidentes anestésicos mais graves ocorrem na 1ª hora de recobro (AESOP, 2006), os cuidados de enfermagem no recobro, assumem particular relevância para responder positivamente aos desafios deste período.

Inicialmente, as unidades de recobro foram criadas para possibilitar a deteção e o tratamento precoce de possíveis complicações relacionadas com o ato anestésico ou cirúrgico. A visão estática e tradicional destas unidades, cujo objetivo único era tratar complicações anestésicas ou cirúrgicas, foi substituída, "surgindo a necessidade de encarar estas unidades como elos de ligação dinâmicos entre a cirurgia e a alta hospitalar" (Lages, Fonseca & Abelha, 2006, p. 18).

Neste contexto, e em conformidade com os autores supracitados, levantam-se várias questões no sentido de uniformizar e melhorar a qualidade dos cuidados pós-anestésicos designadamente: Que espaço físico? Número de camas e ratio em enfermagem? Tipo de doentes a admitir? Tempo de permanência?

Tipo de monitorização? Qualidade de cuidados anestésicos sala operatória/ UCPA? Critérios de alta? Estas questões equacionam os fatores relacionados com a organização, a monitorização e as possíveis intervenções efetuadas no recobro.

No que se refere aos critérios da não passagem dos doentes (*"fast-tracking"*) pelo recobro, poder-se-á dizer que os índices que determinam os requisitos para a não passagem do doente pela primeira fase do recobro utilizam os mesmos critérios de alta do recobro. Estes critérios, que são fundamentados na tabela original de Aldrete, avaliam a recuperação pós-anestésica mediante o estado de consciência e sinais vitais do doente (White & Song, 1999). A escala modificada de Aldrete é utilizada para a alta do doente nas UCPA's, no entanto, não tem a funcionalidade de avaliar a capacidade do doente para ultrapassar a fase inicial do recobro. Deste modo, os critérios desenvolvidos por White acrescentam à escala modificada de Aldrete, a dor e o controlo das náuseas e vômitos, possibilitando objetivamente determinar quais são os doentes que reúnem os critérios de não passagem pela UCPA (Lages, Fonseca & Abelha, 2006).

Em 1970, com o intento de tornar objetiva a alta do doente, Aldrete propôs um índice para monitorizar os doentes no que se refere à possibilidade dos mesmos atingirem valores compatíveis com a alta. Estes critérios assentavam em 5 variáveis: atividade (capacidade de mover 4, 2 ou nenhuma extremidade), respiração (capacidade de inspirar profundamente e tossir, dispneia ou respiração superficial e apneia), circulação (pressão arterial variável apenas em 20% relativamente aos valores pré anestésicos, variável entre os 30-50%, ou superior a 50%

relativamente ao pré operatório), consciência (totalmente acordado, despertável à chamada ou sem resposta) e a cor (normal, pálido, mosqueado ou cianosado). A cada uma destas variáveis era atribuído um valor de 2, 1 ou 0 e a alta era atingida com o somatório ≥ 9 . Estes critérios eram baseados apenas nos possíveis efeitos residuais da anestesia ou complicações cirúrgicas que se traduziam nas alterações do estado hemodinâmico (Lages, Fonseca & Abelha, 2006).

Contudo, com o advento de novas técnicas analgésicas, de fármacos de eliminação rápida, com a metabolização não dependente de órgãos, de novos dispositivos de ventilação, que não requerem que se recorra aos relaxantes neuromusculares, bem como o surgimento de sistemas de monitorização neurológica e neuromuscular, os critérios definidos por Aldrete foram alcançados com facilidade, ainda mesmo no bloco operatório (Lages, Fonseca & Abelha, 2006). Assim de acordo com os mesmos autores, depreende-se que existem parâmetros importantes e que devem ser tidos em consideração antes da alta do doente do recobro e que não estão abrangidos nos critérios propostos por Aldrete, designadamente, as náuseas e os vômitos, o controlo da dor e as complicações cirúrgicas. Importa ressaltar que os critérios de alta não devem abarcar a capacidade de tolerar líquidos ou micção espontânea, na medida em que as evidências de estudos, realizados na área, demonstram altas mais tardias sem benefício adicional, quando estas condições são esperadas.

Deste modo os critérios de admissão do recobro devem abranger:

- Anestesia
- Procedimento Cirúrgico
- Antecedentes Pessoais
- Acessos Periféricos

- Suporte Respiratório – Oxigenoterapia
- Frequência Cardíaca
- Frequência Respiratória
- Tensão Arterial
- Estado de Consciência
- Perda Sanguínea – Drenos (Volume drenado no BO)
- Perda Sanguínea - Ferida Cirúrgica (Reforço/Mudança de Pensos no BO/UCPA)
- Perda Sanguínea - Sistema Urogenital
- Suporte Farmacológico (à chegada ou realizado no BO/UCPA)

No que se refere aos critérios de alta dos doentes do recobro, contemplam-se os seguintes critérios:

- Nível de consciência
- Estabilidade hemodinâmica
- Estabilidade respiratória
- Saturação periférica
- Frequência Cardíaca
- Dor
- Perda Sanguínea – Ferida Cirúrgica
- Perda Sanguínea – Sistema Urogenital

O funcionamento do recobro está relacionado com os seus recursos humanos, sendo necessário uma equipa multiprofissional, cuja intervenção se deve centrar no doente/família/pessoa significativa. Devendo igualmente ser dotada de competências próprias, na medida em que a qualquer momento pode ser necessário reorganizar o espaço, o pessoal e os equipamentos, em consonância com as exigências da situação. O período de permanência no recobro é dividido pela AESOP (2010) em Fase 1 e Fase 2, podendo partilhar o mesmo espaço físico, variando a dotação de enfermeiros atendendo à especificidade dos cuidados em cada uma dessas fases.

Neste sentido, os diagnósticos de enfermagem estabelecidos no recobro referem-se nomeadamente à: vigilância, manutenção e/ou melhoria da função cárdio-circulatória; vigilância, manutenção e/ou melhoria da

função renal e equilíbrio hidroeletrólítico; vigilância e deteção precoce de alterações ao nível do estado de consciência; avaliação, prevenção e tratamento da dor; promoção e manutenção do bem-estar físico, psicológico e espiritual do doente e família; vigilância, prevenção e/ou melhoria das alterações da função motora e da integridade de pele e mucosas, bem como da ocorrência de náuseas e/ou de vómitos. O plano de cuidados pode ser dinâmico em consonância com a resposta do doente e deve prever sempre a preparação do momento da alta do recobro (AESOP, 2006).

A monitorização e vigilância permanente dos doentes por enfermeiros treinados são condições fundamentais para o sucesso do pós-operatório e cuidados aos doentes cirúrgicos e estão disponíveis no recobro, permitindo libertar as camas e os recursos das Unidades de Cuidados Intensivos para os doentes críticos mais complexos com falência multiorgânica.

A vigilância das funções renal e cardiovascular implica uma vigilância da diurese horária, pelo que a maioria dos doentes críticos no recobro se encontram algaliados, assim como a monitorização eletrocardiográfica com 3 elétrodos.

A nutrição do doente crítico, especificamente do doente cirúrgico crítico, tem como objetivo minimizar as repercussões da desnutrição como: disfunção do trato digestivo, (absorção) alterações imunológicas, disfunção da musculatura respiratória, dificuldade de cicatrização das feridas, aparecimento de úlceras de pressão, limitação do prognóstico e aumento do tempo de hospitalização.

Projeto de Intervenção em Serviço

O Projeto de Intervenção em Serviço, intitulado de "Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: precioso ou prescindível?", insere-se numa problemática clínica de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Com o mesmo, pretendemos ir ao encontro de várias operações explícitas que possibilitam produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real, de modo a podermos operar mudanças.

Diagnóstico da situação

O ponto de partida do Projeto de Intervenção em Serviço prendeu-se com o facto de se estagiar num Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular de um Hospital da Margem Sul, onde há um recobro com lotação de quatro camas, com todos os equipamentos, como, por exemplo, plenos recursos materiais, nomeadamente quatro monitores eletrocardiográficos, preparados para avaliar linha arterial, pressão venosa central, várias seringas e bombas infusoras, dois computadores à disposição dos profissionais de saúde, que ao necessitar poderão utilizar no recobro, a presença do carro de emergência, uma arrecadação com os respetivos materiais que auxiliam nos cuidados diretos aos doentes, quatro rampas de oxigénio, quatro aspiradores de secreções e balas de oxigénio para na eventualidade de transportar o doente para outro serviço ou para a realização de exames complementares, nomeadamente exames como Tomografia Axial Computorizada, Ecografias, Ressonância Magnética Nuclear, entre outros. Não existem, no entanto, neste setor, critérios estabelecidos de admissão e alta dos doentes do recobro, nem sistematização de cuidados. Não existem, no entanto, neste setor, critérios estabelecidos de admissão e alta dos doentes do recobro,

nem sistematização de cuidados. Existe ainda outro aspeto, o facto de o recobro não ser visto como uma unidade de cuidados pós-cirúrgicos diferenciada, mas sim como uma extensão da "enfermaria".

Tendo em conta tudo o apresentado, consideramos que existe aqui um problema/lacuna, pois de segunda-feira a sexta-feira, e esporadicamente aos sábados decorrem cirurgias programadas, sendo que poderá haver cirurgias de urgência a qualquer instância do dia, ser necessário fazer uma triagem ("*fast-tracking*") rápida e eficaz para decidir quem fica no recobro e quem dá lugar a outro doente, mas sem obedecer a critérios definidos, ou seja, baseado apenas no cuidado empírico e na experiência do próprio, sem promover uma triagem sistematizada e segura.

O papel de um enfermeiro especialista, neste recobro, pode passar por orientar a equipa nos problemas mais complexos, quer na tomada de decisões, gestão, supervisão ou situações graves/crítico dos doentes. O enfermeiro especialista supervisiona o rigor na prestação de cuidados, pelo que pode propor a formação de acordo com as necessidades da equipa.

Análise do problema

Na fase inicial do projeto, para além da identificação da problemática, constituiu preocupação fazer uma estimativa do número de doentes que passaram pelo recobro. Assim, verificou-se que, desde o dia 1 de janeiro até 31 de março de 2014, realizaram-se múltiplas cirurgias, sendo estas distribuídas por quatro dias da semana, o que dá uma estimativa de 144 doentes que passaram pelo recobro, incluindo unicamente os doentes cirúrgicos. As patologias/cirurgias mais

frequentes, que necessitam de recobro, devido à sua probabilidade maior de incidência de instabilidade hemodinâmica, são as da cirurgia vascular - isquemia crítica dos membros inferiores e superiores, estenose da carótida, aneurismas (aorta abdominal, popliteais, femorais, etc.), trombozes dos respetivos *bypass* e aterosclerose das artérias nativas; ao nível da urologia, destacam-se a hipertrofia benigna da próstata e tumor da próstata/vesical/renal.

Realizámos igualmente uma entrevista exploratória à enfermeira chefe e à orientadora, as quais concordaram com o tema, considerando-o pertinente, uma vez que o facto de não existir um protocolo, nos coloca perante a possibilidade de ocorrerem problemas de natureza diversa:

- Falta de uniformização/sistematização na seleção de doentes para admissão no recobro (dificuldade na gestão do próprio recobro devido à sua lotação de quatro camas);
- Cuidados menos seguros, devido a seleção dos doentes a serem colocados no recobro ou na enfermaria, serem baseados em cuidados empíricos;
- Enfermeiros menos experientes ou recém-licenciados poderão ter dificuldade em realizar a triagem, uma vez que não se encontram definidos /padronizados os critérios de atuação,
- Atrasos na alta dos doentes do recobro, evidenciando ansiedade por parte dos doentes;
- Atraso nos cuidados do Enfermeiro, quando este sente dificuldades ou dúvidas no momento de decidir se o doente necessita ou não de recobro

e no momento da alta do mesmo do recobro.

Para se poder proceder à elaboração do protocolo para o recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular, recorreu-se, em primeiro lugar, a uma auscultação da opinião dos enfermeiros que aí exercem e dos próprios responsáveis pela gestão, recorrendo-se, para tal, a uma entrevista semiestruturada, em contexto informal.

Para o diagnóstico da situação, realizámos uma análise SWOT dos critérios existentes de entrada e de saída dos doentes do recobro. Recorreu-se também à escala modificada de Aldrete, que é utilizada para a alta do doente nas unidades de cuidados pós-anestésicos e a Escala de Etxebarria, utilizada no transporte de doente crítico.

Resultados das entrevistas

As opiniões dos enfermeiros reuniram consenso, tendo todos referido que, ao nível da admissão e alta de doentes no recobro, a maiores limitações referem-se à limitação de vagas no recobro e à sobrelotação de doentes com necessidade de recobro. Consideraram que era necessário proceder-se ao esclarecimento dos critérios de admissão e alta dos doentes do recobro, pois, por vezes, existe dificuldade/incerteza na triagem dos doentes a necessitarem de recobro, quando este descompensa em termos hemodinâmicos (que critérios devemos valorizar) e não existe vaga no recobro, qual o doente que se deve retirar do recobro e com que critérios são baseados, e igualmente no atraso na alta dos doentes do recobro, aumentando a carga de trabalho dos enfermeiros e a própria ansiedade do doente.

Quanto aos aspetos a alterar, referiram a elaboração de um protocolo, admitindo que o mesmo trará mais autonomia e segurança aos

enfermeiros, uniformização nos cuidados, coerência nos cuidados, minimizando os erros na triagem dos doentes, trabalho mais organizado e eficiente, melhor articulação com a equipa multidisciplinar e diminuição do tempo médio dos doentes a permanecerem no recobro. Ressalvamos que todos os enfermeiros concordaram com a elaboração do protocolo, o que consubstanciou ainda mais a realização deste projeto.

Salientamos que se realizou igualmente uma entrevista exploratória, de cariz informal, a alguns doentes, tendo-lhes sido perguntado o que sentiam por estarem no recobro, os quais admitiram, na generalidade, um misto de sentimentos, tais como: medo, ansiedade, afirmando que “o tempo nunca mais passa”, ou seja, referiram-se à demora em sair do recobro. Foram também unânimes ao referirem os fatores ambientais assustadores, como o barulho constante dos monitores, mencionaram a entrada e saída de doentes e de profissionais de saúde. Estas unidades de registo corroboraram igualmente a concretização do protocolo, com a garantia de melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes do recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular, num Hospital da Margem Sul.

Resultados

Tendo em conta que o objetivo geral deste Projeto é melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes no recobro de um Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular, num Hospital da Margem Sul, procedemos a uma intervenção articulada com a equipa multidisciplinar do referido Serviço, nomeadamente com a Chefia do Serviço e com a supervisão da Orientadora de estágio, Médico de Urologia e Cirurgia Vascular designado, respetivamente. Foram

consultados todos os enfermeiros da equipa que prestam cuidados Urologia/Cirurgia Vascular, no parecer à elaboração de critérios de admissão e alta de doentes do recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular. Foi envolvida a equipa de enfermagem do respetivo Serviço, a participar na elaboração e revisão de documentação para incluir os critérios de admissão e de alta de doentes do recobro e na elaboração do documento de registos de enfermagem relativamente aos critérios de admissão e alta do recobro, utilizando o protocolo e as suas respetivas escalas do referido Serviço.

Neste âmbito, há a salientar que foi elaborado o protótipo I de critérios, tendo-se verificado que o mesmo era demasiado extenso, muito vago e pouco específico em termos de critérios de admissão e alta, sendo que inclusiva não foi atingido o terminus, nem aplicado este mesmo protótipo, devido aos Enfermeiros do referido serviço terem-se manifestado as dificuldades pelas razões anteriormente descritas. Como tal, foi necessário reformularem-se, dando origem ao protótipo II, na qual foi aplicado, mas tendo igualmente sido reformulado, para se poder ser ainda mais específico nos critérios, nomeadamente nos critérios de admissão, existindo também algumas ambiguidades no caso de doentes que não eram abrangido pelo score, e que necessitava de recobro. Deste modo, elaborou-se a versão final, em conjunto com o protocolo/norma, na qual está em fase de implementação, verificando-se uma maior satisfação por parte dos Enfermeiros, referindo que a sua aplicabilidade é de carácter simples, rápido e útil, sendo que os doentes estão a preencher os critérios e inserem-se nos score necessário para admissão e alta para e do recobro. Neste momento, o protocolo está em implementação, desde de 12 de Janeiro 2015, com duração de um ano (pré-teste) em

suporte de papel, sendo que foi realizado formação aos Enfermeiros do serviço para a sua utilização, e após a verificação da sua efetiva aplicabilidade e a sua respetiva avaliação, será introduzido no sistema informático do Hospital.

Conclusão

A realização do Projeto de Intervenção em Serviço foi um forte contributo para o ganho de competência ao nível da atuação de admissão e alta de doentes no recobro cirúrgico, em parceria com os restantes elementos da equipa que fazem parte deste serviço. Apesar de ainda estar na sua fase de implementação, um pouco embrionária, em termos de resultado, o protocolo está a revelar-se como um instrumento precioso e imprescindível para a garantia de cuidados de saúde com qualidade aos doentes e suas famílias.

Acresce referirmos que, na qualidade de enfermeiros em formação especializada na área de Médico-Cirúrgica, desenvolvemos e aprofundámos conhecimentos empíricos e científicos, éticos e pessoais que nos dotaram de “ferramentas” necessárias à consolidação de uma cultura orientada para a ajuda profissional avançada à pessoa no recobro.

É que ser Enfermeiro Especialista pressupõe uma prática/exercício profissional onde prevalecem as competências clínicas especializadas (prestação de cuidados) adequadas às necessidades específicas da pessoa, bem como a promoção de outras competências a nível da conceção de cuidados, gestão de cuidados (planeamento estratégico), supervisão de cuidados (gestão operacional), assessoria, formação e investigação (Leite, 2006). Por outro lado, a realização do Projeto de Intervenção em Serviço, durante o estágio, assumiu-se como um “tempo de trabalho, de observação, de

aprendizagem e de avaliação, (...)” e envolveu “não apenas o desenvolvimento de competências diretamente ligadas à assistência, mas também um conjunto de transformações e mudanças pessoais que se constituem como requisitos para prestar cuidados de saúde” (Abreu, 2007, p.213).

A criação das normas para admissão e alta de doentes do recobro pretende ser um contributo como guia e instrumento de consulta para benefício da prática de enfermagem. É facto que a existência destas normas no serviço estabelece métodos de trabalho e conduz à uniformidade dos cuidados prestados, tornando ao mesmo tempo os cuidados mais seguros, servindo de guia ao desempenho de cada enfermeiro. Serão igualmente úteis no processo de integração de novos elementos, possibilitando a cada um compreender quais as funções que lhe competem no seu desempenho profissional.

Com este Projeto tivemos a capacidade de desenvolver competências que me permitiram fazer um diagnóstico da situação, identificar a área problemática e demonstrar a sua pertinência e prioridades de intervenção para resolução. Para além de me possibilitar a condução de uma melhoria da prestação de cuidados de enfermagem, contribuiu para aproximar e envolver toda a equipa de enfermagem que presta cuidados aos doentes do recobro do Serviço de Urologia/Cirurgia Vascular, tendo-se contado com a participação de todos enfermeiros da equipa e de forma ativa, estando dispostos a envolverem-se na elaboração e revisão da documentação, postulando a premissa de que só podemos crescer em equipa juntos.

Bibliografia

ABREU, W – *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, formação e saúde, 2007.

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DAS SALAS OPERATÓRIAS - *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lisboa: Lusodidacta, 2006.

LAGES, N.; FONSECA, C. & ABELHA, F. - Unidade de cuidados pós anestésicos - Tempo de definir novos conceitos? *Revista SPA*, 2006, vol. 15, 4: 18-26.

LEITE, L. - *O enfermeiro Especialista: Percurso de Desenvolvimento Profissional*.

Trabalho apresentado no 3º Painel intitulado “Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: valorização de percurso e competências” no II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. 2006. Acedido em: Ordem dos Enfermeiros:<http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/IICongresso/LuciaLeite.pdf>

MARSHALL, S.I. & CHUNG, F. - Discharge Criteria and Complications After Ambulatory Surgery. *Anesth Analg*, 1999, 88: 508-517.

WHITE, P.F. & SONG, D. - New criteria for fast-tracking after outpatient anesthesia: a comparison with the modified Aldrete's scoring system. *Anesth Analg*; 1999, 88: 1069-1072.